



BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale Sanità n. 55 del 2 Settembre 2011

DELIBERAZIONE 11.08.2011, n. 575:

Approvazione Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).

Vendita e Informazioni

UFFICIO BURA

L'AQUILA

Via Salaria Antica est n° 27

- edificio B2 -

Località S. Antonio - Pile

URP/Bura: Tel. 0862/364211- 364221- Fax. 0862/364219

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>

e-mail: bura@regione.abruzzo.it

Servizi online: Tel. 0862/364702 - 364223 - 364222

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

Avviso per gli abbonati

In applicazione della L.R. n. 51 del 9.12.2010 il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall'1.1.2011 verrà redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. **Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.**

Per tutto il primo semestre 2011, l'invio del Bollettino Ufficiale in versione cartacea sarà assicurato solo alle principali istituzioni.

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

Il BURAT serie “**ORDINARIO**” si articola in due parti:

PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie “**SPECIALE**”.
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie “**SUPPLEMENTO**”.
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:

Le determinazioni direttoriali e dirigenziali per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, **sono pubblicate per estratto** contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

Sommario

Parte I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

DELIBERAZIONI

- GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 11.08.2011, n. 575:

Approvazione Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).

 PARTE I

 LEGGI, REGOLAMENTI, ATTI
 DELLA REGIONE E DELLO STATO

 ATTI

 DELIBERAZIONI DELLA
 GIUNTA REGIONALE

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 11.08.2011, n. 575:

Approvazione Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).

LA GIUNTA REGIONALE

Visti gli atti adottati dalla Regione Abruzzo per il governo delle liste di attesa ed in particolare:

- DGR n. 1585 del 07/12/2000 con la quale sono stati dettati criteri e direttive per il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni e visite specialistiche ambulatoriali;
- DGR n. 496 del 31/05/2005 con la quale sono stati recepiti gli Accordi Stato Regione dell'11/07/2002 in materia di liste di attesa ed è stato condiviso il "Progetto Mattone" predisposto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;
- DGR 1050 del 24/10/2005 con la quale sono stati stabiliti i tempi massimi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali e esami strumentali, sono state individuate come aree prioritarie di accesso alle prestazioni sanitarie quella oncologica, cardiovascolare e di diagnostica per immagine e sono stati recepiti i percorsi diagnostici terapeutici relativi a diverse discipline;
- DGR n. 710 del 26/6/2007 con la quale è stato approvato il Piano Regionale di contenimento delle Liste di Attesa per le prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere in attuazione del Piano Nazionale 2006/2008;
- DGR 102 del 05/02/2007 con la quale è stata

modificata e integrata la DGR 710/06;

Vista la Deliberazione del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale n.35 del 29/10/2010 con la quale è stato istituito un gruppo di lavoro permanente per il monitoraggio e il superamento delle liste di attesa nelle strutture sanitarie pubbliche così costituito:

- rappresentanti Aziende USL;
- rappresentanti dell'ASR Abruzzo;
- rappresentanti della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo;
- rappresentanti dell'Intersindacale Sanitaria Abruzzese;

Visti i disciplinari tecnici elaborati dal predetto gruppo di lavoro ed approvati dalla Regione Abruzzo rispettivamente con DGR N.955 del 09/12/2010, DGR N.1052 del 29/12/2010, DGR N.173 del 7/3/2011 e DGR N.385 del 13/06/2011

con i quali sono state definite le classi di priorità per le prime visite e prime prestazioni relativamente alle tipologie appresso indicate;

DGR N.955 del 09/12/2010 modificata successivamente con DGR N.385 del 13/06/2011:

- Visita cardiologica ed elettrocardiogramma;
- Visita chirurgica vascolare ed ecocolordoppler vascolare;
- Visita pneumologia;
- Visita otorinolaringoiatrica;
- Visita endocrinologica.

DGR N.1052 del 29/12/2010:

- Visita gastroenterologica;
- Visita oculistica;
- Visita neurologica;
- Visita urologica;
- Visita dermatologica.

DGR N.173 del 7/3/2011:

- Visita oncologica;
- Visita ortopedica;
- Visita ginecologica;

- Visita fisiatrica.
DGR N.385 del 13/06/2011
- Tac senza e con contrasto torace
- Tac senza e con contrasto addome superiore, addome inferiore e addome completo
- Tac senza e con contrasto rachide e speco vertebrale
- Tac senza e con contrasto capo
- Tac senza e con contrasto bacino
- RMN cervello e tronco encefalico
- RMN pelvi, prostata e vescica
- RMN muscoloscheletrica
- RMN colonna vertebrale
- Mammografia
- Ecografia capo e collo
- Ecografia addome superiore, addome inferiore, addome completo e reno-vescicale
- Ecografia mammaria
- Ecocolordoppler tronchi sovra aortici
- Ecocolordoppler vasi periferici
- Esame audiometrico
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Elettrocardiogramma dinamico secondo Holter
- Ecocardiogramma
- Spirometria
- Ecografia ostetrica
- Ecografia ginecologica
- Elettromiografia
- Fondo oculare
- Esofagogastroduodenoscopia
- Colonscopia e sigmoidoscopia con endoscopio flessibile

Visto il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2010/2012 approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data

28/10/2010 prot 189/CSR, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 23/11/2010- supplemento ordinario n.259;

Visto il punto 2 del medesimo piano che stabilisce che, entro 60 gg dall'emanazione delle linee guida da parte del comitato LEA di cui all'art 9 dello stesso, le Regioni e le Province autonome recepiscono l'intesa e adottano un Piano regionale attuativo che garantisca:

1. La fissazione dei tempi massimi regionali per le prestazioni di cui al punto 3 del piano stesso; in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui alla lettera A e B del punto 1 del Piano medesimo, nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati dal Piano nazionale;
2. Il governo della domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN attraverso diversi strumenti tra i quali l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione, e il rispetto dei tempi e delle modalità previste dai sistemi di monitoraggio avviati;
3. La definizione e i criteri di utilizzo delle prestazioni richieste in classe P e di quelle, se previste, senza indicazione di priorità;
4. La messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità, con particolare riferimento:
 - all'utilizzo delle classi di priorità,
 - alla presenza del quesito diagnostico
 - alla corretta individuazione delle prime visite e dei controlli.
5. La gestione razionale degli accessi attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, a fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici: in tal senso si dovrà procedere al recepimento delle linee guida nazionali sul sistema

- CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010;
6. La definizione delle modalità alternative all'accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;
 7. La trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa;
 8. Un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogata dai professionisti per conto ed a carico delle aziende, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche; nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta, per le quali devono essere attivati percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicati;
 9. Lo sviluppo di iniziative di Information & Communication Technologies che prevedano, anche sulla base di quanto stabilito dalle linee guida nazionali sul sistema CUP di cui all'accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010, lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina;
 10. L'informazione e la comunicazione sulle liste in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, promuovendo la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza sia delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici relazioni con il pubblico (URP), Carte dei servizi;
 11. La vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni;

Atteso che il Ministero della Salute con nota prot. DGPROG 10134-P-25/03/2011 ha comunicato formalmente che il 25/2/2011 il comitato Lea di cui all'art 9 dello stesso Piano nazionale ha redatto il documento denominato: "Aggiornamento delle linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi di attesa di cui al punto 9 dell'intesa Stato-regioni sul PNGLA 2010/2012";

Visti in particolare i criteri definiti dal comitato LEA nel predetto documento con i relativi indicatori di valutazione identificati con le lettere dalla "A" alla "F";

Visto il documento "Sistema CUP - Linee guida nazionali" approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010;

Visto il punto C7 del già citato documento denominato "Aggiornamento delle linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi di attesa di cui al punto 9 dell'intesa Stato-regioni sul PNGLA 2010/2012", che prevede il recepimento delle linee nazionali CUP tra i criteri di valutazione del Piano Regionale;

Visto il documento tecnico allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto denominato: "Piano regionale per il Governo delle liste di attesa (PRGLA)" nel quale, tra l'altro sono state recepite le Linee guida nazionali -Sistema CUP" approvate dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010;

Ritenuto pertanto, di dover approvare -in conformità al Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010/2012 nonché alle linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi di attesa di cui al punto 9 dell'intesa Stato-regioni sul PNGLA 2010/2012- il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) di cui all'allegato "A" che costituisce integrante e sostanziale del presente atto;

Ritenuto di dover inviare il predetto Piano

Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) approvato con il presente atto:

- al Ministero della Salute e al comitato LEA come previsto dal punto 2 del PNGLA 2010/2012;
- alle AUSL anche al fine dell'adozione dei Piani Attuativi aziendali entro 60 giorni dal relativo invio, come previsto dal punto 4 del PNGLA 2010/2012;

Dato atto che il Direttore Regionale della Direzione Politiche della Salute ha espresso parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa della presente proposta di deliberazione;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa che si intendono qui integralmente riportate ed approvate

- 1) di approvare il documento tecnico denominato: "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) di cui all'allegato "A" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) di incaricare il Servizio Assistenza Ospedaliera Specialistica ambulatoriale, protesica e termale, presso la Direzione Regionale Politiche della Salute, di trasmettere il presente atto alle Aziende USL della Regione Abruzzo, al Ministero della Salute e al comitato LEA per quanto di competenza;
- 3) di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Segue allegato

ALLEGATO A

REGIONE ABRUZZO

**PIANO REGIONALE PER IL
GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA
(PRGLA)**

SOMMARIO

	PAG
A. ADOZIONE FORMALE DEL PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA (PRGLA).....	1
A1. -ATTO FORMALE DELLA REGIONE D'ADOZIONE DEL PRGLA.....	1
A2. - RICOGNIZIONE DEGLI ATTI ADOTTATI IN MATERIA.....	1
B. INDIVIDUAZIONE DEI TEMPI MASSIMI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI CUI AL PUNTO 3 DEL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010/2012.....	2
B.1 - ELENCO DELLE PRESTAZIONI.....	2
B.2-TEMPI MASSIMI D'ATTESA FISSATI PER LE SINGOLE PRESTAZIONI.....	4
C. INDIVIDUAZIONE DELLE LINEE GENERALI DI INTERVENTO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA, DEGLI IMPEGNI E PREVISIONE DI PROGRAMMI E INIZIATIVE PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREVISTI DAL PNGLA.....	5
C.1 -PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DELLA DOMANDA.....	5
C.2- PREDISPOSIZIONE DI INIZIATIVE REGIONALI PER LA CONDIZIONE E DIFFUSIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI NELL'ONCOLOGICA E CARDIOVASCOLARE.....	8
C.3- INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI DI PRIORITÀ D'ACCESSO NELL'AMBITO DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO.....	10
C.4- INDIVIDUAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI IN CUI I TEMPI MASSIMI DI ATTESA SONO GARANTITI, DIFFERENZIANDO IL RUOLO DEGLI OSPEDALI E DEL TERRITORIO, NONCHÉ DELLE MODALITÀ CON LE QUALI È GARANTITA LA DIFFUSIONE DELL'ELENCO DELLE STRUTTURE PRESENTI NEI DIVERSI AMBITI.....	11
C.5- PREDISPOSIZIONE DI REVISIONI PERIODICHE E MESSA IN ATTO DELLE RELATIVE PROCEDURE DI VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ATTRAVERSO PROVVEDIMENTI SPECIFICI CHE REGOLAMENTINO LE CONDIZIONI DI EROGABILITÀ CON PARTICOLARE RIFERIMENTO: ALL'UTILIZZO DELLE CLASSI DI PRIORITÀ; ALLA PRESENZA DEL QUESITO DIAGNOSTICO; ALLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLE PRIME VISITE E DEI CONTROLLI.....	11
C.6-C.7- RAZIONALIZZAZIONE/OTTIMIZZAZIONE DELL' ORGANIZZAZIONE DELL' OFFERTA ANCHE IN CONSIDERAZIONE DELLA NECESSITÀ DI GARANTIRE LA GESTIONE DELLE DIFFERENTI CLASSI DI PRIORITÀ E LE DIVERSE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI (PRIMO ACCESSO, ETC) - PREDISPOSIZIONE DI PROVVEDIMENTI SPECIFICI E DEFINIZIONE DI PROCEDURE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA CUP E PER LA GESTIONE DELL'INTERA OFFERTA TRAMITE IL SISTEMA CUP, IN BASE ALLA LINEA GUIDA NAZIONALE SUL SISTEMA CUP.....	12
C.8- INDIVIDUAZIONE DI INIZIATIVE ICT PER LO SVILUPPO DI FUNZIONALITÀ INFORMATIZZATE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE E REFERTAZIONE DIGITALE, SISTEMI PER L'ACCESSO INFORMATIZZATO AI REFERTI E USO DELLA TELEMEDICINA.....	15
C.9- INDIRIZZI PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE D'ATTESA AI CITTADINI PROMUOVENDO LA PARTECIPAZIONE DI UTENTI E DELLE ASSOCIAZIONI DI TUTELA E DI VOLONTARIATO.....	16
C.10- REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ D'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	17

C.11- DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI D'ATTESA.....	18
C.12- GARANZIA DI COERENZA DEL SISTEMA DELL'OFFERTA DA EROGARE IN LIBERA PROFESSIONE CON L'OBIETTIVO DEL CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA.....	19
D. PREDISPOSIZIONE DI PROCEDURE OBBLIGATORIE INERENTI LE ATTIVITÀ DI RICOVERO.....	19
D.1- TENUTA DELLA "AGENDA DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI" PRESSO LE STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA E QUELLE ACCREDITATE IN ACCORDO CONTRATTUALE, SECONDO LE "LINEE GUIDA PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI"	19
D.2- INSERIMENTO NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) DELLA DATA DI PRENOTAZIONE E DELLA CLASSE DI PRIORITÀ (DM 8 LUGLIO 2010, COME CITATO IN PREMESSA DEL PNGLA 2010-2012).....	20
E. INDIVIDUAZIONE DEGLI INDIRIZZI UNIFORMI PER LA PREDISPOSIZIONE DI PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI.....	20
E.1- DEFINIZIONE DELLA STRUTTURA DEI PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI.....	20
E.2- VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEI PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI.....	20
F. INDIVIDUAZIONE DEGLI INDIRIZZI UNIFORMI PER LE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO.....	21
F.1- MONITORAGGIO EX-POST.....	21
F.2- MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE.....	21
F.3- MONITORAGGIO ATTIVITA' DI RICOVERO	21
F.4- MONITORAGGIO MONITORAGGIO EX-ANTE.....	21
F.5-MONITORAGGIO SITI WEB.....	21
F.6- MONITORAGGIO ALPI.....	21
F.7- MONITORAGGIO PDT.....	22

ALLEGATI

ALLEGATO 1.....	23
ALLEGATO 2.....	39
ALLEGATO 3.....	67
ALLEGATO 4.....	69
A. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....	71
B. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI OSPEDALIERI.....	87
C. MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE.....	95
D. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA ED INTRAMURARIA ALLARGATA (MONITORAGGIO ALPI).....	97
E. MONITORAGGIO PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI.....	100

APPENDICE

- LINEE GUIDA PER IL MONITORAGGIO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI COMPLESSI
-SISTEMA CUP LINEE GUIDA NAZIONALI

-LINEE GUIDA PER IL MONITORAGGIO NAZIONALE SUI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA ED INTRAMURARIA ALLARGATA

A. ADOZIONE FORMALE DEL PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA (PRGLA)

A1. -ATTO FORMALE DELLA REGIONE D'ADOZIONE DEL PRGLA

Con apposita deliberazione di Giunta Regionale viene approvato il Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA).

A2. - RICOGNIZIONE DEGLI ATTI ADOTTATI IN MATERIA

Gli atti adottati dalla Regione Abruzzo per il governo delle liste di attesa sono i seguenti:

- DGR n. 1585 del 07/12/2000 con la quale sono stati dettati criteri e direttive per il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni e visite specialistiche ambulatoriali;
- DGR n. 496 del 31/05/2005 con la quale sono stati recepiti gli Accordi Stato Regione dell'11/07/2002 in materia di liste di attesa ed è stato condiviso il "Progetto Mattone" predisposto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;
- DGR 1050 del 24/10/2005 con la quale sono stati stabiliti i tempi massimi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali e esami strumentali, sono state individuate come aree prioritarie di accesso alle prestazioni sanitarie quella oncologica, cardiovascolare e di diagnostica per immagine e sono stati recepiti i percorsi diagnostici terapeutici relative a diverse discipline;
- DGR n. 710 del 26/6/2007 con la quale è stato approvato il Piano Regionale di contenimento delle Liste di Attesa per le prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere;
- DGR 102 del 05/02/2007 con la quale è stata modificata e integrata la DGR 710/06;
- Delibera ASR Abruzzo n. 35 del 29/10/2010 con la quale è stato istituito un apposito gruppo di lavoro per la definizione delle classi di priorità;
- Deliberazione di Giunta Regionale (D.G.R.) n. 955 del 9 dicembre 2010 avente ad oggetto: "Liste di Attesa: definizione delle classi di priorità relative a: visita cardiologia ed elettrocardiogramma, visita di chirurgia vascolare e ecocolordoppler, visita pneumologica, visita otorinolaringoiatria, visita endocrinologia."
- Deliberazione di Giunta Regionale (D.G.R.) n. 1052 del 29 dicembre 2010 avente ad oggetto: "Liste di Attesa: definizione delle classi di priorità relative a: visita gastroenterologica, visita oculistica, visita neurologica, visita urologica, visita dermatologica."

2

- Deliberazione di Giunta Regionale (D.G.R.) n. 173 del 7 marzo 2011 avente ad oggetto: “Liste di Attesa: definizione delle classi di priorità relative a: visita oncologica, visita ortopedica, visita ginecologica, visita fisiatrica.”
- Deliberazione di Giunta Regionale (D.G.R.) n. 385 del 13 giugno 2011 avente ad oggetto: “Liste di Attesa: definizione delle classi di priorità relative a: prestazioni strumentali previste dal PNGLA 2010-2012 – modifica disciplinare classi di priorità relative a: visita cardiologia ed elettrocardiogramma, visita di chirurgia vascolare e ecocolordoppler, visita pneumologica, visita otorinolaringoiatria, visita endocrinologia approvato con DGR 955/2010.

B. INDIVIDUAZIONE DEI TEMPI MASSIMI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI CUI AL PUNTO 3 DEL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010/2012

B.1 - ELENCO DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni del PRGLA sono state individuate in conformità a quelle indicate al punto 3) dell'intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa per il triennio 2010/2012.

Vengono di seguito riportate le prestazioni oggetto del monitoraggio:

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	89.7	08
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

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

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 – 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	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 – 48.6	Categorie 153 – 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	Sottocategoria 36.1X	
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 - 00.73	162
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 – 28.3	

B.2-TEMPI MASSIMI D'ATTESA FISSATI PER LE SINGOLE PRESTAZIONI

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio i tempi massimi di attesa definiti con il presente atto dovranno essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici indicate nel Piano Attuativo Aziendale (PAA) delle USL.

La Regione Abruzzo, per garantire il monitoraggio e il superamento delle Liste di Attesa, in riferimento alla normativa nazionale e regionale vigente, ha costituito presso la ASR Abruzzo un Gruppo Tecnico di lavoro permanente (Delibera ASR Abruzzo n. 35 del 29/10/2010) composto da:

- rappresentanti aziendali;
- rappresentanti dell'ASR Abruzzo;
- rappresentanti della Direzione Politiche della Salute ;
- rappresentanti dell' Intersindacale Sanitaria Abruzzese.

Tale Gruppo Tecnico, di volta in volta implementato da specifiche professionalità individuate dai propri componenti, ha provveduto ad elaborare i tempi massimi di attesa in base alla rilevanza clinica presentata dal paziente relativamente alle visite ed alle prestazioni strumentali indicate nel punto B1.

Sono escluse dalle modalità di accesso per le classi di priorità:

- i controlli previsti nell'ambito della continuità diagnostica terapeutica;
- le prestazioni effettuate pre e post ricovero;
- le prestazioni nell'ambito di screening di popolazione.

E' impegno del Gruppo di Lavoro rivalutare periodicamente le classi di priorità disciplinate.

In riferimento alle visite specialistiche ed alle prestazioni strumentali individuate, le classi di priorità sono definite come di seguito:

- Classe URGENTE (U) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- Classe BREVE (B) da eseguire entro 10 giorni;
- Classe DIFFERIBILE (D) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- Classe PROGRAMMATA (P)

Le priorità di accesso sono individuate in base alla rilevanza clinica presentata dal paziente in modo da garantire:

- il contenimento delle liste di attesa attraverso l'incremento di appropriatezza, creando una netta differenziazione di percorso all'interno della domanda da indirizzare all'area ambulatoriale;
- l'accesso alle prestazioni sanitarie in tempi adeguati allo specifico problema di salute.

Sono riportate in **ALLEGATO 1** le classi di priorità relative alle visite specialistiche ed in **ALLEGATO 2** le classi di priorità relative alle prestazioni strumentali.

Le prestazioni in regime di ricovero ricomprendono 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime in ricovero ordinario.

Per i ricoveri di cui sopra al punto B1 (prestazioni in ricovero ordinario) la Regione Abruzzo prevede l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 (**ALLEGATO 3**).

C. INDIVIDUAZIONE DELLE LINEE GENERALI DI INTERVENTO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA, DEGLI IMPEGNI E PREVISIONE DI PROGRAMMI E INIZIATIVE PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREVISTI DAL PNGLA

C.1 - PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DELLA DOMANDA

Tra le strategie attuabili per razionalizzare l'accesso alle prestazioni sanitarie, ai fini della riduzione dei tempi di attesa, quella che la Regione Abruzzo intende privilegiare è la differenziazione dei tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni in relazione alla "classe di priorità" di appartenenza.

Tale obiettivo, perseguibile mediante l'integrazione dell'attività dei medici prescrittori con quella dei medici erogatori, è realizzabile innanzitutto rendendo obbligatoria e sistematica da parte dei primi, la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, in conformità alle indicazioni definite con provvedimenti regionali, a seconda della tipologia prestazionale, limitatamente alle prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche.

All'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva corrisponde una tempistica di prenotazione della prestazione e uno specifico sistema di monitoraggio.

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

La classificazione utilizzata dalla regione Abruzzo, corrispondente a quella indicata dal PNGLA 2010-2012, è articolata in 4 classi:

- U = urgente; prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore;
- B = breve; prestazione da eseguire entro 10 giorni;
- D = differita; prestazione da eseguire entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;
- P = programmata; prestazione da eseguire senza priorità;

Fino a diversa determinazione la classe P rappresenta una categoria residuale rispetto alle altre; nel caso in cui il medico non provveda all'indicazione della classe di priorità per le prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P, fermo restando l'obbligo del prescrittore di applicare con rigore le indicazioni cliniche espresse nei provvedimenti normativi di riferimento.

La scelta della classe di priorità effettuata dal medico prescrittore dovrà essere confermata con l'apposizione della biffatura nell'apposito spazio.

Come meglio specificato di seguito fanno parte della strategia di promozione della appropriatezza della domanda:

- la presenza del quesito diagnostico;
- l'indicazione obbligatoria nella ricetta del primo accesso (prima visita; prima prestazione diagnostica/terapeutica);
- la successiva verifica della correttezza formale della compilazione della ricetta;
- l'indicazione obbligatoria dei requisiti per la prescrizione a carico del SSN per le prestazioni parzialmente incluse nei LEA;
- l'individuazione sui flussi informativi di riferimento (in particolare File C "Assistenza Specialistica Ambulatoriale") di campi aggiuntivi di controllo.

Naturale corollario della metodologia di promozione della appropriatezza della domanda, perché la stessa non rimanga sulla carta ma corrisponda ad una tecnica realmente operativa, è la verifica dell'appropriatezza, come successivamente meglio specificato.

OBBLIGO DI APPOSIZIONE DEL QUESITO DIAGNOSTICO SULLA PRESCRIZIONE PER PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il medico prescrittore è obbligato ad apporre il quesito diagnostico su tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, comprese le analisi di laboratorio. Il quesito diagnostico è valido sia se espresso come motivazione clinica, cioè come descrizione della sintomatologia accusata dal paziente (per es. colica addominale, tosse, gonalgia), sia se espresso come sospetto clinico, che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente ed eventualmente valutato indagini precedenti, radiologiche, di laboratorio etc.

Nel caso in cui il paziente richieda al medico di omettere le indicazioni della diagnosi sulla ricetta, il Medico apporrà la dicitura "Omessa diagnosi su esplicita richiesta dell'interessato". In aggiunta dovrà comunque indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico su un foglio separato in busta chiusa.

L'indicazione della diagnosi non è ritenuta vincolante per le prescrizioni riferite a pazienti esenti per patologia cronica e malattia rara, in quanto condizioni documentate dal codice di esenzione.

Situazioni particolari:

MATERNITA' - I codici di esenzione costituiti dalla lettera M seguita da un numero, pur identificando uno status, la maternità, e non una patologia, si ritengono assimilabili alle esenzioni per patologia e come tali non necessitano dell'apposizione del quesito diagnostico.

PREVENZIONE - Per le richieste di indagini in assistiti asintomatici per motivi genericamente preventivi, diagnosi precoce (oncologica), screening di malattia in presenza di familiarità o generica predisposizione (diabete, celiachia, dislipidemia etc.), valutazione di rischi specifici o generici (infettivo, cardiovascolare, genetico, trombofilico etc.) può essere esaustiva la motivazione di indagine clinico-diagnostica per condizioni connesse alla "prevenzione cerebrovascolare", alla "prevenzione cardiovascolare", alla "prevenzione oncologica" o alla "prevenzione metabolica";

QUESITO DIAGNOSTICO INSITO NELLA PRESCRIZIONE - Qualora la prestazione richiesta faccia riferimento diretto alla diagnosi (per es. test di gravidanza, rimozione tappo cerume, intervento cataratta, intervento tunnel carpale, ablazione tartaro etc.) il quesito diagnostico può essere omissivo.

ESAMI PREPARATORI AD INDAGINI RADIOLOGICHE - Qualora vengano richiesti esami di preparazione a una successiva indagine, come quesito diagnostico bisogna riportare l'esame cui sono finalizzati (es. TAC con mezzo di contrasto) e non la patologia o il sospetto diagnostico per cui si intende effettuare la TAC con contrasto, motivazioni che andranno riportate sulla prescrizione per la TAC.

CONTROLLO - La dicitura "controllo" come quesito diagnostico è preferibile solo in casi particolari in cui esista una correlazione diretta tra la prescrizione richiesta e il tipo di controllo come "per controllo pace-maker" oppure "per controllo dosaggio farmacologico" e non sono da utilizzare le diciture seguenti o similari: "controllo metabolico", "controllo stato di salute", "check up"...

QUESITO PREVALENTE - Nel caso in cui un paziente necessiti di più prescrizioni afferenti alla stessa branca ma riferibili a quesiti diagnostici differenti, è opportuno utilizzare il quesito prevalente: l'eventuale compilazione di più prescrizioni correlate alla stessa branca per la presenza di quesiti diagnostici diversi, comporterebbe per il paziente il pagamento di più ticket, procedura eticamente non accettabile.

SCREENING - La dicitura screening è da evitare in quanto le prestazioni di screening nell'ambito di campagne nazionali non necessitano di prescrizione. In riferimento alle prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori previste dalla Legge Finanziaria 2001 (Legge 388/2000) sono sufficienti i codici di esenzione: D02 Pap test - D03 Mammografia - D04 Colonscopia.

ESAMI PREPARATORI ALL'INTERVENTO - Non deve essere utilizzata la dicitura "valutazione per intervento" in quanto trattandosi di esami preparatori all'intervento, questi sono ricompresi nel DRG della prestazione di assistenza ospedaliera in regime di ricovero.

Ai fini della tracciabilità e del monitoraggio delle informazioni richieste il medico prescrittore dovrà affiancare al quesito diagnostico il codice ICD 9 corrispondente, secondo la classificazione corrente (ICD 9 CM 2007).

A tale proposito è già stato previsto nell'ambito della rilevazione art. 50 L326/2003 e smi il campo relativo a questo tipo di informazione, come riportato nell'estratto sottostante:

Elemento XML	Descrizione Funzionale	Norme di Codifica	Tipologia Controllo	Tipologia Segnalazione
CodiceDiagnosi	Tabella ICD-9-CM	Codice diagnosi/quesito diagnostico Codice secondo la tabella ICD-9-CM (Campo obbligatorio se presente in ricetta)	Corretta Relazione	Nessuno Scarto

Nella prospettiva, su rappresentata, di disciplinare l'obbligatorietà sulla prescrizione del quesito diagnostico la rilevazione sul sistema diventerà obbligatoria tout court.

E' previsto l'inserimento, anche nel tracciato record FILE C "Assistenza specialistica ambulatoriale", di due campi obbligatori connessi alla stessa informazione e, in particolare:

- o Codice diagnosi/quesito diagnostico: codice ICD 9 CM 2007 (AN lung. 5)
- o Verifica dell'effettiva presenza del quesito diagnostico: valori ammessi 0=no; sì=1 (AN lung. 1)

Dal riscontro di questi dati sarà possibile tra l'altro individuare un flusso ad hoc sulle refertazioni (oppure individuare una serie di campi aggiuntivi sullo stesso FILE C) finalizzato a rilevare le proporzioni di positività/negatività dei referti relativi alle prestazioni di diagnostica complessa e comunque di maggiore impegno economico, così da poter definire un benchmark regionale di riferimento.

MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA DELL'INDICAZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ

Per le finalità in precedenza descritte si prevede di individuare sullo stesso tracciato FILE C "Assistenza specialistica ambulatoriale" il campo "Effettiva priorità riscontrata al momento dell'esecuzione delle prestazioni" che prevederà i seguenti valori ammessi (AN lung.1)

U = prestazione considerata urgente;

B = prestazione considerata breve;

D = prestazione considerata differibile;

P = prestazione considerata programmata.

C.2- PREDISPOSIZIONE DI INIZIATIVE REGIONALI PER LA CONDIVISIONE E DIFFUSIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI NELL' AREA ONCOLOGICA E CARDIOVASCOLARE

L'evoluzione organizzativa dei servizi e la mutazione del quadro epidemiologico e sociale hanno determinato un'articolazione e complessità di funzioni intermedie tra ospedale e territorio.

La realtà ed il bisogno di assistenza impongono una stratificazione dell'organizzazione del servizio sanitario secondo livelli progressivi di intensità di cure e di impegno di risorse, che definiscano un continuum nella risposta ai bisogni relativi all'emergenza/urgenza, all'acuzie, alla riabilitazione post-acuzie, alla cronicità, alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, all'assistenza di base.

In questo contesto vanno inquadrare le questioni relative alla definizione:

1. dei modelli organizzativi, che attengono ai livelli della programmazione e gestione dei servizi;
2. dei Percorsi assistenziali e socio-assistenziali, che attengono al governo clinico ed agli strumenti per esercitarlo (Profili di cura, L.G., Protocolli, EBM, ecc.).

Entrambi questi livelli devono concorrere alla realizzazione degli obiettivi di efficacia, economicità, appropriatezza ed equità affinché possa essere garantita la tutela del diritto alla salute. La definizione dei modelli organizzativi deve garantire una corretta allocazione delle risorse, mentre l'individuazione dei Percorsi deve garantire un corretto uso delle risorse.

Perseguire l'appropriatezza clinica costituisce, dunque, un processo complesso, difficile e con risultati nel medio o lungo termine. Gli strumenti che possono essere impiegati sono diversi e sono applicabili a diversi livelli organizzativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico (PDT) è un piano di cura multidisciplinare, il cui contenuto è fondato sulla "Evidence Based Medicine", con il quale si esplicitano sia obiettivi di cura relativamente ad una specifica categoria clinica di pazienti, sia le azioni, ordinate in sequenza temporale, che devono essere condotte, per conseguire i suddetti obiettivi, dai professionisti sanitari che partecipano al trattamento della stessa tipologia di pazienti. (Progetto Mattone "Misura dell'Appropriatezza", 2006).

Sintetizzando, si può definire il Percorso assistenziale come l'adattamento ad una realtà locale di una Linea Guida, con l'identificazione precisa del relativo contesto organizzativo: attori, responsabilità, luoghi, tempi, etc. Essenziale, comunque, è basarsi su conoscenze standardizzate ed evidenti (Evidence Based Medicine). Inoltre, se il focus del processo è multidisciplinare, è evidente che bisogna includervi gli aspetti sociali che l'assistenza sanitaria, specie se mirata alla popolazione anziana, implica.

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 non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici (PDT).

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

Per le ragioni sovraesposte il PNGLA individua come aree prioritarie di sviluppo sia l'area oncologica sia l'area cardiovascolare.

A tal fine presso l'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo (ASR Abruzzo) sono stati attivati i Gruppi di Lavoro per la Rete Oncologica e la Rete Cardiovascolare che hanno il compito di elaborare i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) nelle relative patologie.

La Regione Abruzzo adotterà appositi PDT mediante atti formali che le ASL dovranno recepire entro 30 giorni dall'emanazione degli stessi al fine di renderli attuativi.

L'ASR Abruzzo e i Servizi della Direzione Politiche della Salute, preposti al governo e al monitoraggio delle Liste di Attesa, provvederanno a monitorare i PDT secondo le modalità di cui all'allegato "E".

Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDT in tempi congrui. **I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, relativamente alle patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.**

C.3- INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI DI PRIORITÀ D'ACCESSO NELL'AMBITO DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

Con una serie di atti la Regione Abruzzo ha provveduto ad approvare i disciplinari tecnici con i quali sono state definite le classi di priorità relativamente alle prestazioni di seguito indicate, il cui contenuto è obbligatorio per medici prescrittori e ASL :

DGR N.955 del 09/12/2010 e s.m.i.

- Visita cardiologica ed elettrocardiogramma;
- Visita chirurgica vascolare ed ecocolordoppler vascolare;
- Visita pneumologia;
- Visita otorinolaringoiatrica;
- Visita endocrinologica.

DGR N.1052 del 29/12/2010 :

- Visita gastroenterologica;
- Visita oculistica;
- Visita neurologica;
- Visita urologica;
- Visita dermatologica.

DGR N.173 del 7/3/2011 :

- Visita oncologica;
- Visita ortopedica;

- Visita ginecologica;
- Visita fisiatrica.

DGR N. 385 del 13/6/2011 :

- Prestazioni strumentali.

I criteri per le classi di priorità hanno lo scopo di garantire l'accesso alle prestazioni per priorità clinica a tutti i pazienti che ne hanno effettivamente bisogno, in tempi adeguati.

Le classi di priorità sono definite da appositi protocolli o, meglio, da profili di assistenza condivisi fra medico curante e medico specialista, ospedaliero o territoriale.

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

C.4- INDIVIDUAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI IN CUI I TEMPI MASSIMI DI ATTESA SONO GARANTITI, DIFFERENZIANDO IL RUOLO DEGLI OSPEDALI E DEL TERRITORIO, NONCHÉ DELLE MODALITÀ CON LE QUALI È GARANTITA LA DIFFUSIONE DELL'ELENCO DELLE STRUTTURE PRESENTI NEI DIVERSI AMBITI

I tempi massimi di attesa sono garantiti nei presidi individuati dalle ASL nel **Piano Attuativo Aziendale (PAA)** con distinzione tra le prestazioni di base da garantire indicativamente a livello distrettuale e prestazioni di più ampio bacino di utenza da assicurare sia in un'area territoriale più vasta ovvero a livelli assistenziali di più elevata complessità.

Il principio condiviso a livello regionale e aziendale prevede che l'ambito di garanzia dei tempi massimi di attesa sia quello distrettuale per le visite e le prestazioni strumentali non complesse e quello aziendale per gli esami strumentali complessi (vedi allegato 4).

C.5- PREDISPOSIZIONE DI REVISIONI PERIODICHE E MESSA IN ATTO DELLE RELATIVE PROCEDURE DI VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ATTRAVERSO PROVVEDIMENTI SPECIFICI CHE REGOLAMENTINO LE CONDIZIONI DI EROGABILITÀ CON PARTICOLARE RIFERIMENTO: ALL'UTILIZZO DELLE CLASSI DI PRIORITÀ; ALLA PRESENZA DEL QUESITO DIAGNOSTICO; ALLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLE PRIME VISITE E DEI CONTROLLI

Le classi di priorità sono soggette a revisioni periodiche anche in conseguenza delle criticità segnalate nella fase di implementazione delle procedure.

La Regione, fermo restando quanto disposto al punto C1, si impegna ad adottare ulteriori provvedimenti che regolamentino l'appropriatezza prescrittiva, anche sotto il profilo della correttezza "formale" della compilazione della ricetta, nonché i meccanismi di verifica dell'appropriatezza stessa con particolare riguardo a:

- corretto utilizzo delle classi di priorità, obbligatorio in fase prescrittiva e di prenotazione
- presenza del quesito diagnostico
- indicazione obbligatoria del primo accesso (prima visita; prima prestazione diagnostica/terapeutica)
- verifica della correttezza formale della compilazione della ricetta
- indicazione obbligatoria dei requisiti per la prescrizione a carico del SSN per le prestazioni parzialmente incluse nei LEA
- l'individuazione sui flussi informativi di riferimento (in particolare File C "Assistenza Specialistica Ambulatoriale") di campi aggiuntivi di controllo.

C.6-C.7- RAZIONALIZZAZIONE/OTTIMIZZAZIONE DELL' ORGANIZZAZIONE DELL' OFFERTA ANCHE IN CONSIDERAZIONE DELLA NECESSITÀ DI GARANTIRE LA GESTIONE DELLE DIFFERENTI CLASSI DI PRIORITÀ E LE DIVERSE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI (PRIMO ACCESSO, ETC) - PREDISPOSIZIONE DI PROVVEDIMENTI SPECIFICI E DEFINIZIONE DI PROCEDURE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA CUP E PER LA GESTIONE DELL'INTERA OFFERTA TRAMITE IL SISTEMA CUP, IN BASE ALLA LINEA GUIDA NAZIONALE SUL SISTEMA CUP.

La Regione Abruzzo provvede con il presente regolamento ad attuare le linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP di cui all'Accordo Stato-Regione del 29/04/2010, con la previsione di agende di prenotazione compatibili con l'indicazione dei criteri di priorità e della specificazione del primo accesso e con l'estensione del sistema CUP al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Negli schemi di contratto da sottoscrivere con gli erogatori privati, tra l'altro, è previsto l'impegno ad adeguarsi ai programmi regionali di gestione integrata dell'offerta in conformità al predetto accordo del 29/04/2010.

Tali linee guida, elaborate sulla base di quanto prodotto dal Mattone "Tempi di attesa" nell'ambito del programma Mattoni SSN e integrate con ulteriori contributi a carattere regionale, tra i quali quello della Regione Abruzzo, hanno, tra l'altro, uniformato le definizioni e le classificazioni relative ai sistemi di prenotazione delle prestazioni.

E' definito Centro Unificato di Prenotazione (CUP) *“il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.”*

I livelli operativi e gestionali possibili sono il CUP Aziendale e il CUP Interaziendale. Quest'ultimo può configurarsi nella duplice funzione/struttura di CUP unificato e CUP integrato. Per la Regione Abruzzo, sia per l'avanzato stato di organizzazione dei CUP aziendali, sia per intrinseche motivazioni organizzative e strategiche, è previsto lo sviluppo di un **CUP integrato regionale (“federato”)**, in cui l'interoperabilità e la combinazione dei servizi aziendali si attuano attraverso un approccio coreografico (collaborazione di pari livello – modello trasparente) o per mezzo di un modulo “orchestratore”, (coordinamento centralizzato – integration manager) che gestisca le richieste di prenotazione restituendo al CUP richiedente i dati afferenti alle diverse realtà aziendali.

La scelta effettuata per il modello di CUP integrato consente di preservare l'autonomia delle singole aziende in termini di applicativi utilizzati, gestione delle base dati e modelli organizzativi di offerta sanitaria e gestione della prenotazione. Nel contempo, rendendo trasparenti in modalità condivisa informazioni a valenza regionale, evita la necessità di formazione su nuovi applicativi, consente alle aziende di conservare la titolarità delle basi dati e l'accesso ai dati storici, non vanifica gli investimenti già sostenuti e garantisce la rispondenza alle modalità organizzative locali.

In sintesi se il CUP aziendale è il sistema di prenotazione interno alle singole Aziende Sanitarie Locali, e consente la prenotazione di prestazioni, attingendo all'agenda dell'Azienda stessa, il CUP federato consente la prenotazione presso tutte le Aziende Regionali (oltre che attraverso un call center centralizzato etc) e dev'essere considerato a tutti gli effetti come un canale di accesso alle agende di prenotazione, aggiuntivo rispetto ai canali dei singoli CUP.

E' bene sottolineare, che per le finalità strategiche e operative per cui tale canale aggiuntivo è concepito, il CUP integrato è finalizzato a prenotare prevalentemente le prime visite. Ogni Azienda Sanitaria Locale dovrà impegnarsi a consentire la prenotazione, attraverso l'integrazione prevista, di un insieme di tipi di prestazioni sanitarie che sia adeguato ai fini del contenimento dei tempi di attesa e che, nel contempo, sia in linea con le capacità produttive dell'Azienda stessa.

Il COordinamento REgionale CUP (CORECUP) che sarà istituito con apposito provvedimento di Giunta Regionale entro 60 gg dall'adozione del presente regolamento, sarà coordinato dal Dirigente del Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed emergenza sanitaria della Direzione regionale Politiche della Salute e sarà composto dal Direttore dell'Agenzia sanitaria regionale e dai Dirigenti dei Servizi Programmazione sanitaria e Assistenza ospedaliera, Specialistica ambulatoriale,

riabilitativa, protesica e termale della Direzione regionale Politiche della Salute, SIR/ARIT (competenze informatiche e telematiche sanitarie) nonché dai rappresentanti delle Aziende Sanitarie Locali, nominati dai Direttori Generali .

Il CoReCup avrà il compito di governare, indirizzare e monitorare il funzionamento generale del CUP integrato e dei singoli CUP verificando il conseguimento degli obiettivi di contenimento dei tempi di attesa. A tale scopo definirà le procedure necessarie per conseguire tali obiettivi e darà indicazioni per il miglioramento del sistema.

Punto di partenza del processo dev'essere la ricognizione puntuale delle tipologie di prestazioni (catalogo delle prestazioni) e degli erogatori ("catalogo degli erogatori") reali e di quelli attualmente afferenti ai singoli CUP aziendali e lo studio di strategie di omogeneizzazione e univoca classificazione, soprattutto in termini di codifica delle prestazioni. E' prevista, tra l'altro, la imminente revisione e ridefinizione del nuovo nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

A questa deve seguire la precisa ricognizione di tutti le sedi di prenotazione (Punti di accoglienza CUP, sportelli, uffici, farmacie, call center, sportelli per la Libera Professione etc.) e dei livelli di visibilità e prenotabilità (sub-aziendale e aziendale).

Affinché integrazione e condivisione previsti dal CUP federato possano avere razionale e lineare evoluzione si prevedono uno start-up e successivi step e un cronogramma (i cui tempi saranno indicati dal CoReCup) di interventi definiti secondo le seguenti indicazioni:

A. Integrazione di tutti i punti di erogazione nel sistema CUP

1. Estensione dell'integrazione alla totalità dei punti di erogazione delle prestazioni SSN.
2. Estensione dell'integrazione agli erogatori privati accreditati.
3. Estensione dell'integrazione alla libera professione intramoenia e allargata.
4. Definizione dei livelli di visibilità e prenotabilità delle prestazioni.

B. Condivisione delle agende (CUP FEDERATO)

1. Prestazioni istituzionali par. 3.1 PNGLA 2010-2012
2. Progressivo aumento della percentuale di copertura delle tipologie di prestazioni erogabili (definizione di una tempistica di adeguamento)
3. Messa a regime del sistema: per ciascun tipo di prestazione resa prenotabile attraverso il CUP regionale: ogni Azienda Sanitaria Locale ne consente la visibilità e la prenotabilità sul 100 % delle disponibilità presenti in agenda. La fase di pieno regime dovrà essere caratterizzata da una percentuale di copertura pari al 100% delle prestazioni erogabili.
4. Programmazione dei carichi di prenotabilità interaziendali

L'evoluzione del progetto CUP federato è fisiologicamente legata all'implementazione di un sistema di reporting avanzato basato su Datawarehouse federato e di un sistema di monitoraggio per il controllo di tutte le componenti del sistema.

Le specifiche tecnologiche generali del progetto/sistema CUP federato dovranno far riferimento alle logiche della Cooperazione Applicativa (abilitano applicazioni e infrastrutture diverse a interagire) che si applicano al Sistema Pubblico di Connettività (SPC - rete delle amministrazioni pubbliche) istituito e disciplinato dal DL n. 42 del 28 febbraio 2005 e dal Codice dell'Amministrazione Digitale (DL n. 82 del 7 marzo 2005) e ispirate ai principi di interoperabilità, trasparenza ed economicità. In questo senso i "domini" territoriali, intesi come gli insiemi delle risorse (procedure, dati e servizi) aziendali entrano a far parte di una federazione di domini attraverso porte ("porte di dominio") che costituiscono l'elemento tecnologico chiave dell'architettura di Cooperazione applicativa (porte applicative quando erogano un servizio e porte delegate quando chiedono un servizio). I Web services (servizi web concepiti come interfaccia software), a supporto dell'interoperabilità tra i diversi domini sulla medesima rete, costituiscono lo strumento applicativo per gli interscambi telematici interdominio sui protocolli standard caratteristici di Internet (prioritariamente HTTP). Gli standard di base cui devono attenersi i messaggi di richiesta e di scambio di servizi fra sistemi (buste di e-Government), sono il linguaggio XML (eXtensible Markup Language) che definisce il formato di condivisione dati da parte di sistemi eterogenei e il protocollo per la veicolazione delle informazioni codificate XML sulla rete (es. SOAP - Single Objects Access Protocol). L'implementazione della logica architetture di interoperabilità (es. SOA Service-Oriented Architecture) e di organizzazione e sviluppo tecnologico del sistema è affidata al Coordinamento Regionale Cup con lo speciale supporto del Sistema Informativo Regionale e dell'Agenzia Regionale per l'Informatica e Telematica (ARIT).

CONTACT CENTER

Un elemento strategico del sistema sarà costituito dall'istituzione della funzione di contact center, deputata a monitorare costantemente la domanda di prestazioni in funzione dell'effettiva erogabilità delle stesse attraverso un apparato di connessioni telematiche (recalling, sms remind etc) finalizzate alla verifica dell'effettiva disponibilità dell'utente all'accesso alla prestazione prenotata. Il governo del cosiddetto drop-out, ovvero la prestazione non eseguita a causa dell'assenza della persona che ha prenotato la visita al CUP, che comporta il continuo aggiornamento delle agende e la prenotabilità della prestazione per altri utenti in lista, è essenziale in termini organizzativi e di contenimento dei tempi e funzionale al progressivo allineamento dei tempi di attesa ex ante a quelli ex post.

C.8- INDIVIDUAZIONE DI INIZIATIVE ICT PER LO SVILUPPO DI FUNZIONALITÀ INFORMATIZZATE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE E REFERTAZIONE DIGITALE, SISTEMI PER L'ACCESSO INFORMATIZZATO AI REFERTI E USO DELLA TELEMEDICINA

Nell'ambito delle iniziative ICT (Information and Communication Technology) connesse, tra l'altro, con la funzionalità CUP, l'indirizzo della Regione Abruzzo, anche

sulla base dell'esperienza pilota del fascicolo sanitario elettronico, è quello di far confluire in un unico strumento informatico, integrato e omogeneo, altri domini organizzativi quali quello della gestione ricoveri, assistenza domiciliare e altre tipologie di assistenza territoriale, prescrizioni digitali e lo stesso fascicolo sanitario elettronico, con la generazione progressiva di un datawarehouse multifunzionale dinamico.

C.9- INDIRIZZI PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE D'ATTESA AI CITTADINI PROMUOVENDO LA PARTECIPAZIONE DI UTENTI E DELLE ASSOCIAZIONI DI TUTELA E DI VOLONTARIATO

In coerenza con quanto previsto dal PNGLA al fine di consentire ai cittadini di conoscere in tempo reale della situazione relativa alle liste d'attesa, la Regione Abruzzo ha previsto il monitoraggio dei tempi d'attesa sui siti web delle Aziende sanitarie e delle strutture private accreditate e il potenziamento dell'informazione ai cittadini sulle liste d'attesa attraverso campagne informative e sezioni dedicate facilmente accessibili sui siti web della Regione e delle Aziende Sanitarie.

La Regione Abruzzo nel garantire lo sviluppo di un processo informativo, che porti a far conoscere ai cittadini le attività offerte dalle aziende sanitarie ed i livelli di qualità garantiti all'utente, pone particolare attenzione agli aspetti che riguardano l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione e la tutela dei diritti. A tal fine già dal dicembre 2010 l'Ufficio Controllo Qualità della Direzione Politiche della Salute ha costituito un Gruppo di Lavoro Regionale per la "Carta dei Servizi" dando avvio ad un percorso, condiviso con le Asl regionali, per la creazione di un sistema sanitario di qualità dove la centralità del paziente e del cittadino è condizione necessaria per focalizzare l'attenzione del sistema di cure sui bisogni dei pazienti, ponendo al centro dell'organizzazione del servizio sanitario gli obiettivi di salute che la collettività vuole soddisfare, attraverso un'operazione di consultazione continua e di consenso.

Il sistema di partecipazione è articolato sia a livello regionale che aziendale e vede coinvolte le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini e quelle dei pazienti con specifiche problematiche sanitarie o socio-assistenziali.

Per garantire la partecipazione dei cittadini al sistema sanitario sono stati adottati dalla Giunta Regionale con DGR n. 274 del 18/04/2011 avente ad oggetto "Applicazione art. 14 del D.Lgs. 502/92 e DPCM 19/05/95 – provvedimenti conseguenti" i seguenti atti:

1. Linee-guida per la redazione della Carta dei Servizi anni 2011/2012.
2. Regolamento funzionamento e costituzione dei Comitati Consultivi Misti con reattivo Bando di partecipazione da parte delle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti.
3. Regolamento di funzionamento e costituzione delle Commissioni Miste Conciliative, elaborate di concerto con il Difensore Civico Regionale, deputate a dirimere le controversie insorte tra cittadini-utenti ed operatori in ordine alle violazioni dei diritti stessi.

4. Regolamento di Pubblica Tutela che disciplina le modalità di presentazione, accoglimento e definizione delle segnalazioni avverso atti o comportamenti che a giudizio degli utenti hanno posto ostacoli o limitazioni alla fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale erogate per qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinino la fruizione dei servizi sanitari.

Inoltre, per contribuire all'Empowerment del cittadino, l'Ufficio Controllo Qualità della Direzione Regionale Politiche della Salute e gli Uffici Relazione con il Pubblico delle Asl regionali, prenderanno parte al Progetto del Ministero della Salute in qualità di regione pilota, "La Comunicazione on-line al cittadino", che prevede un approccio misto utilizzando sia processi top-down alimentati dall'alto, a partire dalle indicazioni degli esperti, dalla letteratura, dalle norme di settore, etc., sia processi bottom-up alimentati dal basso, a partire dai bisogni e dai giudizi dei cittadini e degli utenti di Internet e dalla ricostruzione dell'attuale livello di qualità dei siti del sistema sanitario nazionale.

C.10- REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ D'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Considerata la particolare delicatezza delle problematiche inerenti la sospensione dell'attività d'erogazione delle prestazioni, che determina disagio negli utenti e incide sul diritto di accesso alle prestazioni, e vista anche la non uniformità delle procedure seguite, si riportano i principi e modalità operative per la gestione della sospensione della erogazione.

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause. L'impossibilità dell'erogazione, per la tipologia di motivi accennati, non deve tuttavia impedire in alcun modo l'attività di prenotazione, anche quando non sia noto il momento esatto di derogabilità della prenotazione richiesta. A tal fine deve essere prevista una procedura temporanea per gestire in maniera distinta la priorità di accesso e l'inserimento delle richieste nel Sistema garantendo la trasparenza della gestione degli accessi, comunicando all'utente gli estremi di riferimento (la prenotazione richiesta, la data e l'ora di richiesta, il codice progressivo di inserimento, etc). Tale procedura è finalizzata a garantire la continuità del servizio di prenotazione all'utente, ad informarlo che la sua richiesta è stata presa in carico e che gli verrà comunicata successivamente la data precisa dell'appuntamento, secondo le modalità indicate nel piano aziendale. Tali situazioni possono essere imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale, e pertanto devono essere individuate le soluzioni più idonee, sia per superare la contingenza "tecnica", sia per garantire la continuità del servizio (intesa come prenotazione e come erogazione della prestazione al cittadino). Per altro, occorre distinguere chiaramente l'impossibilità alla erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dalla attività di prenotazione, che materialmente può invece continuare a svolgersi. Infatti, la prenotazione costituisce una procedura di inserimento della domanda nel sistema di offerta che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l'erogazione sia interrotta, potendosi utilizzare,

come sotto descritto, delle procedure che considerino la programmazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata.

In linea di principio, pertanto, si deve considerare l'interruzione delle attività di erogazione una situazione che può essere adottata solo in casi eccezionali, e nel rispetto di alcune regole:

- La regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, e seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti.
- Di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la direzione aziendale.
- La direzione aziendale deve informare la Regione di ogni sospensione avvenuta, e tali informazioni dovranno essere inviate, nelle forme e nei termini che saranno successivamente indicati, al Ministero della Salute.
- Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni:
 - ✓ di quale prestazione si è sospesa l'erogazione (cosa è stato sospeso)
 - ✓ dove
 - ✓ perché
 - ✓ per quanto tempo (da quando a quando).

Anche se l'erogazione delle prestazioni è stata interrotta, il servizio deve proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'azienda può fare, per i nuovi utenti, dei pre-appointamenti ("stand-by"), ovvero indicare un periodo di massima nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione può essere successivamente comunicata dalla azienda, che contatta direttamente l'utente, oppure essere ottenuta dall'utente mediante una telefonata ad un numero indicato dalla azienda stessa, numero che dovrà essere con certezza disponibile in un determinato orario.

In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per le prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione.

C.11- DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI D'ATTESA

E' obbligatorio per le Aziende USL individuare nei singoli Piani Attuativi Aziendali (PAA), le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi di attesa.

Il progetto di CUP federato è indirizzato principalmente a sopperire sovraccarichi di prenotazioni e incapacità locali di fronteggiare le richieste nei tempi garantiti (per i dettagli relativi si rimanda al paragrafo C.7).

C.12- GARANZIA DI COERENZA DEL SISTEMA DELL'OFFERTA DA EROGARE IN LIBERA PROFESSIONE CON L'OBIETTIVO DEL CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA

La Regione si impegna ad adottare con separato atto l'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio sanitario nazionale del 18 novembre 2010 con direttive alle aziende USL per l'organizzazione dell'attività libero professionale per conto e a carico delle aziende ai fini del contenimento di tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche.

Saranno previste modalità e percorsi di prenotazione differenziati e dedicati per le prestazioni ALPI a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta.

Nel provvedimento saranno inoltre date indicazioni alle ASL a garanzia della trasparenza dell'offerta delle prestazioni in libera professione con individuazione dei meccanismi di monitoraggio.

D. PREDISPOSIZIONE DI PROCEDURE OBBLIGATORIE INERENTI LE ATTIVITÀ DI RICOVERO

D.1- TENUTA DELLA "AGENDA DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI" PRESSO LE STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA E QUELLE ACCREDITATE IN ACCORDO CONTRATTUALE, SECONDO LE "LINEE GUIDA PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI"

Vedi ALLEGATO 4 MODALITÀ DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO MODALITÀ DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO

D.2- INSERIMENTO NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) DELLA DATA DI PRENOTAZIONE E DELLA CLASSE DI PRIORITÀ (DM 8 LUGLIO 2010, COME CITATO IN PREMESSA DEL PNGLA 2010-2012)

Vedi ALLEGATO 4 MODALITA' DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO MODALITA' DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO

E. INDIVIDUAZIONE DEGLI INDIRIZZI UNIFORMI PER LA PREDISPOSIZIONE DI PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

E.1- DEFINIZIONE DELLA STRUTTURA DEI PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, le Aziende Sanitarie dovranno adottare il programma attuativo aziendale (PAA), in coerenza con quello definito a livello regionale e prima ancora nazionale.

Il programma attuativo aziendale (PPA) deve:

- Ricepire i tempi massimi di attesa individuati dal piano regionale
- Prevedere l'applicazione delle misure previste da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti
- Organizzare la rete aziendale delle strutture erogatrici in modo che i tempi massimi di attesa per le prestazioni siano garantiti almeno al 90% dei cittadini richiedenti
- Assicurare la diffusione e l'accesso alle informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (siti Web), prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta)
- Regolamentare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

E.2- VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEI PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

I Piani Attuativi aziendali, predisposti sulla base del presente piano e dei criteri sopra descritti, saranno esaminati e valutati dall'istituendo Coordinamento Regionale CUP (CoReCUP) che vigilerà altresì sull'applicazione dei piani stessi.

F. INDIVIDUAZIONE DEGLI INDIRIZZI UNIFORMI PER LE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

F.1- MONITORAGGIO EX-POST

VEDI ALLEGATO 4 MODALITÀ' DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO

F.2- MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE

VEDI ALLEGATO 4 MODALITÀ' DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO

F.3- MONITORAGGIO ATTIVITÀ DI RICOVERO

VEDI ALLEGATO 4 MODALITÀ' DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO

F.4- MONITORAGGIO MONITORAGGIO EX-ANTE

VEDI ALLEGATO 4 MODALITÀ' DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO

F.5-MONITORAGGIO SITI WEB

La Regione Abruzzo garantirà il monitoraggio dei SITI WEB e il rispetto della regolare e trasparente rappresentazione dei dati relativi ai tempi di attesa per ambito di riferimento aziendale e si adeguerà alle direttive nazionali vigenti in materia.

F.6 - MONITORAGGIO ALPI

VEDI ALLEGATO 4 MODALITÀ' DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO

22

F.7- MONITORAGGIO PDT

VEDI ALLEGATO 4 MODALITA' DI TRASMISSIONE E RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA - REGIONE ABRUZZO

ALLEGATO 1

**DISCIPLINARE TECNICO DELLE CLASSI
DI PRIORITA'**

- VISITE SPECIALISTICHE -

VISITA CARDIOLOGICA ed ELETTROCARDIOGRAMMA

Classe URGENTE

- Episodio di sincope o lipotimia
- Toracoalgie con o senza irradiazioni, e dolore epigastrico in soggetti con rischio cardiovascolare medio-alto (ipertesi, fumatori, diabetici, dislipidemici, con familiarità per cardiopatia ischemica)
- Cardiopalmo persistente/parossistico in atto o di recente insorgenza, ritmico o aritmico
- Recente insorgenza di dispnea e/o edemi declivi di sospetta origine cardiaca

Classe BREVE

- Dolore toracico da sforzo in soggetti a rischio cardiovascolare medio-alto (ipertesi, fumatori, diabetici, dislipidemici, con familiarità per cardiopatia ischemica)
- Pazienti neoplastici programmati per chemioterapia
- Pazienti con scompenso cardiaco cronico in fase di riacutizzazione non rispondenti agli aggiustamenti terapeutici già messi in atto

Classe DIFFERIBILE

- Prima visita in pregressa crisi ipertensiva
- Prima visita in pazienti con pregresso disturbo acuto del ritmo dopo ricovero
- Sospetto diagnostico di valvulopatia in soggetti senza segni clinici di insufficienza cardiaca (altrimenti vanno in classe urgente)
- Sospetto diagnostico di cardiomiopatia in soggetti senza segni clinici di insufficienza cardiaca (altrimenti vanno in classe urgente)

Classe PROGRAMMATA

- Prima visita in pazienti con ipertensione arteriosa di recente diagnosi
- Prima visita in pazienti con diabete mellito di recente diagnosi
- Riscontro di soffio cardiaco in soggetto asintomatico
- Malattie croniche degenerative
- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

VISITA CHIRURGIA VASCOLARE ED ECOCOLORDOPPLER VASCOLARE

Classe URGENTE

- Sospetta trombosi venosa profonda
- Ischemia acuta degli arti inferiori
- Sospetto Attacco Ischemico Transitorio (TIA) cerebrale < 10 giorni
- Flebite Grande Safena Ascendente
- Massa addominale pulsante dolente

Classe BREVE

- Flebite acuta del sistema venoso superficiale
- Ischemia critica arti inferiori
- Ulcere vascolari
- Massa addominale pulsante non dolente
- Sospetto Attacco Ischemico Transitorio (TIA) cerebrale > 10 giorni

Classe DIFFERIBILE

- Recidiva di flebite
- Claudicatio < 100 metri
- Sindrome post-fleblitica (trombosi venosa profonda)
- Soffio latero-cervicale

Classe PROGRAMMATA

- Varici arti inferiori
- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

VISITA PNEUMOLOGICA

Classe URGENTE

- Stato di male asmatico
- Riacutizzazione di insufficienza respiratoria cronica
- Emottisi
- Sospetto di infezione polmonare acuta con insufficienza respiratoria
- Ogni pneumopatia di nuova insorgenza con segni di acuta compromissione della ventilazione polmonare e/o degli scambi gassosi

Classe BREVE

- Emoftoe
- Tosse persistente per oltre tre settimane
- Diagnosi sospetta o accertata di versamento pleurico
- Rapida e significativa variazione di sintomatologia respiratoria in pazienti con bronco-pneumopatie già note
- Episodio infettivo polmonare persistente senza insufficienza respiratoria
- Nodulo polmonare di n.d.d.
- Sospetta pneumopatia infiltrativa diffusa

Classe DIFFERIBILE

- Controlli in pazienti con bronco-pneumopatie già note ed in terapia
- Segni e sintomi respiratori non riconducibili ai quadri clinici sopra descritti
- Sospetta Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

CLASSE URGENTE

- Dispnea inspiratoria acuta.
- Emorragia da organi appartenenti alle vie aero-digestive superiori.
- Trauma del massiccio facciale.
- Sospetta presenza di corpi estranei vie aeree superiori.
- Sordità improvvisa

CLASSE BREVE

- Tumefazioni cervico-facciali di recente insorgenza
- Dispnea e/o disfagia e/o disfonia di recente insorgenza
- Dolore intenso ed improvviso in organi appartenenti alle vie aero-digestive superiori
- Patologia dei nervi cranici di recente insorgenza
- Vertigine acuta di tipo periferico

CLASSE DIFFERIBILE

- Ipoacusia nota stabilizzata
- Vertigini croniche.
- Patologia adeno-tonsillare del bambino o tonsillare dell'adulto.
- OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno)
- Patologia ostruttiva per malformazioni del setto nasale e/o per ipertrofia dei turbinati.

CLASSE PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

VISITA ENDOCRINOLOGICA

Classe URGENTE

- Dolore spontaneo o provocato nella regione della ghiandola tiroidea, che appaia tumefatta e dura con o senza febbre.
- Cardiopalmo persistente o parossistico in atto o di recente insorgenza, ritmico o aritmico con tremori, e/o ipertermia, e/o agitazione psicomotoria, e/o disturbi gastroenterici.
- Parestesie al viso e arti, segno di Trousseau positivo, crisi di tetania in soggetto tiroideomizzato o paratiroideomizzato.
- Dispnea in soggetto con tumefazione improvvisa nella regione tiroidea.
- Episodio di sincope o lipotimia e/o dolori addominali e vomito in soggetti con iposurrenalismo sospetto o noto

Classe BREVE

- Ipertensione arteriosa con cefalea, sudorazione, palpitazioni, vampate di calore.
- Tumefazione improvvisa nella regione tiroidea, con o senza dolore.

Classe DIFFERIBILE

- Prima visita per pazienti con sospetta o accertata patologia endocrina non rientranti nelle categorie precedenti

CLASSE PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

VISITA GASTROENTEROLOGICA

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso:

- Emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, rettorragia)
- Dolori addominali acuti ricorrenti o persistenti (colica) e/o sindrome clinica sospetta per: “addome acuto”, occlusione intestinale, pancreatite acuta, epato-colangite, diverticolite acuta, appendicite
- Corpi estranei esofagei e/o potenzialmente lesivi del tratto gastro-intestinale
- Ingestione di sostanze caustiche
- Vomito incoercibile, disfagia acuta severa
- Cirrosi epatica scompensata e/o complicata: ascite “tesa” e/o refrattaria, encefalopatia epatica moderato-severa, sindrome epato-renale, peritonite spontanea batterica
- Altre “critiche” condizioni cliniche di pertinenza gastroenterologia inquadrabili in questa classe

Classe URGENZA

- Segni di epatite acuta
- Dislocazione di Gastrostomia Percutanea Endoscopica (PEG)
- Valutazione gastroenterologia di sindromi sub-occlusive
- Corpi estranei nell'ileo distale e colon
- Diarrea acuta profusa da più di 3 giorni
- Distensione addominale da ascite

Classe BREVE

- Dolore toracico non cardiaco
- Epatopatie croniche in fase di riacutizzazione o di scompenso
- Vomito ripetuto
- Ittero di n.d.d.
- Disfagia ingravescente
- Sanguinamento del tubo digerente non compendiato come urgenza
- Anemia sideropenica < 10 gr Hb
- Valutazione posizionamento PEG
- Importante calo ponderale o altri sintomi digestivi e/o segni “di allarme”
- Reperto di massa addominale
- Valutazione compatibilità digestiva di terapie cardiologiche o vascolari urgenti
- Riacutizzazione di malattie infiammatorie croniche intestinali
- Sintomi e/o segni sospetti per patologie neoplastica a carico dell'apparato gastroenterico

Classe DIFFERIBILE

- Sintomi gastroenterici di recente insorgenza non risolti a domicilio
- Sindrome dispeptico/dolorosa in soggetti > 45 anni

30

- Anemia sideropenica > 10 gr Hb
- Sanguinamento del tratto digestivo di lieve entità
- Diarrea cronica
- Sospetta malattia celiaca e/o malassorbimento

Classe PROGRAMMATA

- Sintomatologia gastroenterologica di verosimile origine funzionale
- Sindrome dispeptico-dolorosa in soggetti < 45 anni
- Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

VISITA OCULISTICA

Classe URGENTE

- Trauma dello splancnocranio e dell'orbita
- Traumi chiusi o aperti del bulbo
- Distacco di retina
- Corpo estraneo
- Infezioni acute dell'occhio
- Attacco acuto di glaucoma
- Amaurosi/diminuzione improvvisa del visus
- Anisocoria di recente insorgenza

Classe BREVE

- Diminuzione lenta e progressiva del visus
- Congiuntiviti sub acute e croniche
- Cheratopatie sub acute e croniche
- Infezione degli annessi oculari
- Glaucoma scompensato

Classe DIFFERIBILE

- Alterazioni della secrezione lacrimare
- Visite ortottiche
- Visita per vizi di refrazione

Classe PROGRAMMATA

- Visite per situazioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

VISITA NEUROLOGICA

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso

- Segni e/o sintomi di nuova recente insorgenza o inaggravanti con coinvolgimento acuto del sistema nervoso centrale

Classe URGENTE

- Recente insorgenza/ recidiva di segni e/o sintomi neurologici che modificano le condizioni preesistenti alterando:
 - lo stato di coscienza (sincope, episodi critici ripetuti di recente insorgenza)
 - le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale)
 - le capacità sensori-motorie (deficit sensitivi e/o motori di un emisoma o degli arti inferiori, dei nervi cranici come diplopia, disfagia, disfonia)

Classe BREVE

- Modificazioni del quadro clinico in pazienti con patologie neurologiche croniche già diagnosticate e soggette a possibile peggioramento critico

Classe DIFFERIBILE

- Modificazioni del quadro clinico in pazienti con patologie neurologiche croniche già diagnosticate e non suscettibili di peggioramento critico

Classe PROGRAMMATA

- Visite per situazioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

VISITA UROLOGICA

Classe URGENTE

- Massa testicolare non trans-illuminabile
- Ritenzione cronica di urina con insufficienza renale
- Macroematuria di recente insorgenza non accompagnata da sintomatologia dolorosa
- Sospetta urosepsi
- Scroto acuto

Classe BREVE

- Sospetta neoplasia renale
- Sospetta neoplasia ureterale
- Sospetta neoplasia vescicale
- Sospetta neoplasia peniena/uretrale
- Idroureteronefrosi di varia eziologia
- Macroematuria non rispondente a terapia farmacologica e/o anemizzante
- Disuria ingravescente

Classe DIFFERIBILE

- Calcolosi reno-ureterale non ostruente
- Calcolosi vescicale
- Emospermia
- Condilomatosi genitale
- Sospetta neoplasia della prostata

Classe PROGRAMMATA

- Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

VISITA DERMATOLOGICA

Classe URGENTE

- Orticaria acuta
- Reazione da farmaci
- Eritemi febbrili
- Stati eritrodermici
- Infezioni virali acute
- Infezioni batteriche e parassitarie del paziente in età infantile e adolescenziale
- Vasculiti di recente insorgenza

Classe BREVE

- Nevo traumatizzato
- Lesioni cutanee/mucose di recente insorgenza o con recenti modifiche morfologiche
- Lesioni di sospetta natura neoplastica
- Eczemi in fase acuta
- Infezioni batteriche
- Infezioni parassitarie
- Lesioni melanocitarie ad alto rischio di melanoma
- Ustioni di I e II grado in fase post-acuta con coinvolgimento < 10% della superficie cutanea
- Sifilide ed uretriti
- Alopecie acute

Classe DIFFERIBILE

- Patologie infiammatorie cutanee
- Patologie infiammatorie autoimmuni
- Visita tricologica
- Pazienti con numerosi nevi

Classe PROGRAMMATA

- Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

VISITA ONCOLOGICA

Classe URGENTE

- Sospetta sindrome mediastinica
- Sindrome ipercalcemia maligna
- Febbre post-chemioterapia
- Coagulopatie da consumo e sindromi emorragiche in pazienti in trattamento oncologico
- Tromboflebite profonda con sospetta embolia polmonare

Classe BREVE

- Prima visita specialistica per inquadramento diagnostico e terapeutico in paziente con diagnosi istologica e/o citologica di neoplasia maligna
- Prima visita specialistica in pazienti con forte sospetto di patologia oncologica in atto, per inquadramento diagnostico
- Inquadramento diagnostico e terapeutico di paziente oncologico con progressione o recidiva di malattia

Classe DIFFERIBILE

- Visita specialistica in paziente con patologia oncologica nota in trattamento ambulatoriale con farmaci biologici e/o chemio-immunoterapia.

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi

VISITA ORTOPEDICA

Classe URGENTE

- Episodi di versamento articolare NON TRAUMATICI, non cronici con segni chiari di flogosi, in particolare se accompagnati a febbre o in bambini
- Blocchi articolari (spalla, gomito, ginocchio, anca) antalgici e meccanici
- Sospetto clinico di frattura scheletrica degli arti con dolore ed impotenza funzionale
- Artralgie da oltre tre giorni nel bambino

Classe BREVE

- Dolore dorsale acuto in paziente osteoporotico
- Pazienti operati da almeno una settimana con comparsa di segni clinici di flogosi locale e/o generale
- Pazienti con artropatia cronica in fase di riacutizzazione NON rispondenti agli aggiustamenti terapeutici già messi in atto
- Cervicobrachialgie e/o lombosciatalgie acute di NON competenza neurochirurgica o resistenti a trattamento medico da almeno 7 giorni
- Tendiniti e tenosinoviti acute
- Patologie pediatriche neonatali (piede torto, paralisi ostetrica, displasia anca, torcicollo miogeno) che necessitino di diagnosi e terapia in breve tempo
- Patologie pediatriche dell'infanzia (sospetta osteocondrosi dell'anca, epifisiolisi, distacchi epifisari)

Classe DIFFERIBILE

- Pregressa cervicobrachialgia e/o lombosciatalgia cronica
- Pazienti con pregresso e diagnosticato disturbo acuto articolare
- Bambini con paramorfismi articolari (piede piatto, ginocchio valgo, scoliosi, cifosi)
- Sindromi canalicolari

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle classi precedenti

VISITA GINECOLOGICA

Classe URGENTE

- Dolore pelvico acuto (in assenza di lipotimia)
- Perdite ematiche atipiche (esclusa emorragia)

Classe BREVE

- Vaginiti
- Pap test patologico
- Massa pelvica clinicamente riscontrabile (di natura da determinare)
- Ascite da verosimile patologia ginecologica

Classe DIFFERIBILE

- Fibromi uterini

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi ed in questa classe

VISITA FISIATRICA

Classe URGENTE

- Paziente post chirurgico dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere extraregionali
- Paziente post acuto dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere extraregionali

Classe BREVE

- Pazienti con postumi motori, vegetativi e cognitivi di traumatismi cranici e midollari
- Pazienti cerebrovascolari post-acuti, con postumi multipli, ma con relativa autonomia funzionale ed altre malattie a carattere neurodegenerative, neuropatie e polineuropatie acute e croniche in fase di rilevante peggioramento clinico
- Pazienti che hanno già beneficiato di una degenza riabilitativa intensiva e che necessitano di proseguire il trattamento per completare il recupero funzionale di disabilità complesse e/o per evitare un successivo peggioramento funzionale
- Pazienti con patologie osteo-articolari di tipo neoplastico a carattere ripetitivo, primitive e secondarie
- Pazienti con patologie post-traumatiche e patologie post-chirurgiche con gravi sindromi ipocinetiche
- Pazienti con linfedemi post chirurgici
- Pazienti con imminenti revisioni chirurgiche in campo protesico

Classe DIFFERIBILE

- Pazienti pluriminorati anche sensoriali con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica
- Pazienti con ritardo mentale con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica
- Pazienti con cerebropatie involutive su base degenerativa, vascolare
- Pazienti con gravi disturbi del linguaggio
- Pazienti con disturbi del comportamento nelle diverse età della vita con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica
- Pazienti cerebrovascolari post-acuti con disabilità semplice
- Pazienti con patologie osteo articolari di tipo infiammatorio
- Pazienti con poliartrosi gravi
- Pazienti con deformità congenite, para-e dimorfismi
- Pazienti con prescrizione protesica e collaudo

Classe PROGRAMMATA (P)

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi

Nota: la regolamentazione delle classi di priorità della visita fisiatrice non riguarda i pazienti che necessitano della medicina riabilitativa ex art.26 e che seguono i percorsi appositamente attivati dalle UVM.

ALLEGATO 2

**DISCIPLINARE TECNICO DELLE CLASSI
DI PRIORITA'**

- PRESTAZIONI STRUMENTALI -

TAC SENZA E CON CONTRASTO TORACE

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia maligna dopo esame radiologico di 1° livello
- Stadiazione di lesione espansiva (prima diagnosi)
- Sospetto di aneurisma dopo esame radiologico di 1° livello
- Documentata discrepanza tra dati clinici e radiografia del torace in caso di sospetta TBC o emottisi

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

TAC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE, ADDOME INFERIORE E ADDOME COMPLETO

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia addominale maligna dopo esame radiologico di 1° livello o prima stadiazione
- Primo riscontro ecografico di aneurisma dell'aorta addominale, superiore a 4 cm.
- Patologie vascolari a Rischio di rottura (es. dissezione o ulcera) accertata con indagini strumentali
- Riscontro a seguito di follow up di aumento maggiore di cm. 1 di diametro di aneurisma dell'aorta addominale
- Colica renale persistente o recidivante di recente insorgenza dopo valutazione urologica

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

TAC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECO VERTEBRALE

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

Classe BREVE

- Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale.
- Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo tre settimane di riposo e terapia medica senza risultato.
- Dorsalgia in sospetto di crollo vertebrale previo esame radiologico
- Sospetta neoplasia maligna dopo esame radiologico o di medicina nucleare.

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

TAC SENZA E CON CONTRASTO CAPO

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

Classe BREVE

- Esiti di trauma con tendenza (a distanza di 30 giorni o più dal trauma) a deterioramento neurologico (rallentamento cognitivo, disturbi della parola, movimenti lenti ed impacciati con alterazioni dell'equilibrio, sonnolenza)
- Vertigini aspecifiche previa visita neurologica o ORL
- Stadiazione di lesione espansiva se prevista nel percorso diagnostico
- Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) (per escludere ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso).

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

TAC SENZA E CON CONTRASTO BACINO

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia maligna dopo esame radiologico di 1° livello

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stasto-Regioni del 28 ottobre 2004.

RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

Classe BREVE

- Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti (prima diagnosi) dopo valutazione neurologica
- Epilessia (prima diagnosi) dopo valutazione neurologica
- Idrocefalo dopo valutazione neurologica
- Sospetto di processo occupante spazio ad eccezione di tutte le condizioni di urgenza che necessitano un riferimento al DEA

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia maligna in sede pelvica dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

RMN MUSCOLOSCELETRICA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sospetta osteonecrosi
- Sospetta neoplasia dopo indagine radiologica di 1° livello
- Sospetta osteomielite o raccolta flogistica/ematica

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

RMN COLONNA VERTEBRALE

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Cervicalgia acuta o cronica riacutizzata con o senza brachialgia in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale o dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati
- Dorsalgia di recente insorgenza in sospetto di crollo vertebrale previo esame radiologico
- Lombalgia acuta o cronica riacutizzata con o senza sciatalgia in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale o dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati
- Sospetto di neoplasia e/o di spondilodiscite o sospetta patologia demielinizzante (prima diagnosi)

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

MAMMOGRAFIA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sospetto clinico e/o ecografico di neoplasia maligno-mammaria
- Sospetta mastite
- Perdita ematica dal capezzolo

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

ECOGRAFIA CAPO E COLLO

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Tumefazione ad insorgenza improvvisa nella regione del collo, delle logge parotidiche (ghiandole salivari) e delle regioni sovraclavari

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

**ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE, ADDOME INFERIORE,
ADDOME COMPLETO E RENO-VESCICALE**

Classe URGENTE

- Colica reno-uretrale resistente alla terapia e/o iperpiressia e/o con leucocitosi
- Sospetto ittero ostruttivo
- Massa addominale in età pediatrica

Classe BREVE

- Ematuria
- Riscontro recente di tumefazione addominale
- Sospetta ascite o epatopatia scompensata
- Infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti
- Riscontro di insufficienza renale di recente insorgenza

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

ECOGRAFIA MAMMARIA

Classe URGENTE

- Sospetta mastite in paziente < 35 anni

Classe BREVE

- Nodulo palpabile in paziente < 35 anni
- Secrezione dal capezzolo in paziente < 35 anni

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRA AORTICI

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione specialistica.

Classe BREVE

- Sospetto attacco ischemico transitorio (TIA) cerebrale > 10 giorni
- Sospetta sindrome del distretto toracico superiore

Classe DIFFERIBILE

- Soffio laterocervicale
- Differenza pressoria tra gli arti superiori > 40 mmHg

Classe PROGRAMMATA

- Stenosi dei vasi epiaortici < al 60% (controllo a 6-12 mesi)
- Controlli post operatori (a cura del reparto di dimissione)
- Altre condizioni cliniche con più fattori di rischio

ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione specialistica.

Classe BREVE

- Ischemia critica arti inferiori (3°- 4° stadio Leriche-Fontaine)
- Flebite acuta sistema venoso superficiale
- Massa addominale pulsante non dolente

Classe DIFFERIBILE

- Claudicatio < 100 metri
- Recidiva di flebite già in trattamento

Classe PROGRAMMATA

- Claudicatio > 100 metri
- Sindrome post flebitica (esiti di trombosi venosa profonda)
- Varici arti inferiori con programma chirurgico
- Controlli post operatori (a cura del reparto di dimissione)
- Altre condizioni con più fattori di rischio

ESAME AUDIOMETRICO

Classe URGENTE

- Ipoacusia improvvisa
- Sindrome vertiginosa acuta

Classe BREVE

- Ipoacusia in età pediatrica di riscontro recente
- Acufeni ad alta intensità e ad insorgenza improvvisa
- Ipoacusia da trauma acustico di riscontro recente

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

ELETTROCARDIOGRAMMA SOTTO SFORZO

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE (è raccomandata la consulenza cardiologica)

- Dolore toracico tipico da sforzo di recente insorgenza (< 1 mese)
- Dolore toracico anche atipico di nuova insorgenza in paziente con cardiopatia ischemica nota o in soggetti ad elevato rischio cardiovascolare

Classe DIFFERIBILE

- Primo controllo in presenza di cardiopatia ischemica nota (dopo infarto miocardico, 3-6 mesi dopo intervento di rivascularizzazione percutanea o chirurgica)
- Valutazione pre-operatoria di chirurgia maggiore non cardiaca in paziente con cardiopatia ischemica nota (da effettuarsi entro 30 giorni)

Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO SECONDO HOLTER

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sintomatologia di sospetta origine aritmica (sincope o pre-sincope) ad incidenza frequente
- Sospetta angina (è raccomandata la consulenza cardiologica)

Classe DIFFERIBILE

- Valutazione del rischio aritmico in pazienti con cardiopatia nota, se finalizzato alla modificazione della terapia farmacologica o indicazione a trattamento interventistico

Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

ECOCARDIOGRAMMA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Recente insorgenza di dispnea in soggetto senza cardiopatia o pneumopatia nota
- Comparsa di aritmia ventricolare non sporadica o fibrillazione atriale documentata in soggetto senza cardiopatia nota
- Comparsa di sincope in soggetto con sospetto clinico di cardiopatia o in pazienti con lavori ad alto rischio (per es. piloti)
- Variazione di quadro clinico in paziente con cardiopatia nota
- Pazienti che assumono o che devono iniziare terapia con farmaci cardiotossici
- Recente trauma toracico

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

SPIROMETRIA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Livello di priorità non previsto

Classe DIFFERIBILE

- Sospetto di asma (spirometria semplice con test di reversibilità o test di broncoprovocazione su indicazione dello specialista)

Classe PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alla precedente classe ed in cui è presente indicazione all'esecuzione di spirometria semplice

ECOGRAFIA OSTETRICA

Classe URGENTE

- Perdita ematica di entità modesta entro i primi sei mesi di gravidanza in assenza di algie pelviche
- Algie pelviche da contrazioni uterine per misurazione collo
- Sospetta malformazione fetale

Classe BREVE

- Sospetto ritardo di crescita fetale
- Sospetta macrosomia

Classe DIFFERIBILE

- Ecografia secondo protocollo ministeriale (Decreto Legge 10.9.98 - G.U. n° 245 del 20.10.98)

Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

ECOGRAFIA GINECOLOGICA

Classe URGENTE

- Metrorragia

Classe BREVE

- Sanguinamenti in menopausa
- Masse endopelviche asintomatiche sospette per neoplasia

Classe DIFFERIBILE

- Localizzazione IUD
- Masse endopelviche asintomatiche non sospette per neoplasia
- Dolore pelvico cronico
- Sanguinamenti irregolari intermestruali

Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

ELETTROMIOGRAFIA

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Deficit motorio degli arti insorto acutamente da almeno due settimane (traumatico, infiammatorio e compressivo)

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

FONDO OCULARE

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso:

- Riduzione importante transitoria o improvvisa monolaterale del visus o del campo visivo associata o meno a
 1. cefalea, claudicatio mandibolare, rigidità dell'arteria temporale
 2. fosfeni miodesopsie, scotomi periferici
 3. metamorfopsie
 4. discromatopsie
 5. dolore retrobulbare

Classe URGENTE

- Disturbi visivi (miodesopsie, fosfeni)

Classe BREVE

- Disturbi del visus (miodesopsie, fosfeni, metamorfopsie) senza riduzione dell'acuità visiva
- Ulteriore riduzione del visus in maculopatia già diagnosticata
- Leucocoria del bambino

Classe DIFFERIBILE

- Pazienti diabetici di nuova diagnosi
- Pazienti ipertesi di nuova diagnosi
- Deficit del visus in età scolare

Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso:

- Emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, enterorragia massiva)
- Corpi estranei vulneranti, corpi estranei esofagei, ingestione di caustici

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sanguinamento non compendiato come urgente, rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva, ematochezia
- Anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl
- Sintomi di allarme: vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo di peso importante (10% negli ultimi tre mesi), massa addominale di pertinenza gastrointestinale
- Necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche: terapia anticoagulante urgente
- Sospette neoplasie rilevate radiologicamente

Classe DIFFERIBILE

- Anemia sideropenica cronica
- Perdite ematiche minori (emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi)
- Riscontro radiologico di polipo
- Sindrome dispeptico-dolorosa senza sintomi di allarme in pz con età < 45 aa che non abbiano risposto a trattamento empirico
- Ricerca di varici esofagee
- Biopsie per sospetta celiachia (EMA e TGA positivi) e/o malassorbimento

Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

COLONSCOPIA E SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso:

- Emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, enterorragia massiva)

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sanguinamento non compendiato come urgente, rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva, ematochezia
- Anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl
- Sintomi di allarme: calo di peso importante (10% negli ultimi tre mesi), massa addominale di pertinenza gastrointestinale
- Sospette neoplasie rilevate radiologicamente
- Positività del test del sangue occulto in asintomatico

Classe DIFFERIBILE

- Anemia sideropenica cronica
- Perdite ematiche minori (emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi)
- Diarrea e/o stipsi recente o eventi sub-occlusivi
- Riscontro radiologico di polipo
- Sintomatologia tipo colon irritabile (diarrea o stipsi) non già indagata in pz con età > 50 aa

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

ALLEGATO 3

**DISCIPLINARE TECNICO DELLE CLASSI
DI PRIORITA'**

- PRESTAZIONI DI RICOVERO -

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempi massimi di Attesa
Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174	100% dei pazienti entro 30 giorni
Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185	100% dei pazienti entro 30 giorni
Interventi chirurgici tumore Colon Retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154	100% dei pazienti entro 30 giorni
Interventi chirurgici tumore Utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	100% dei pazienti entro 30 giorni
By pass aortocoronarico	36.10		90% dei pazienti entro 60 giorni
Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0		90% dei pazienti entro 60 giorni
Endoarteriectomia carotidea	38.12		90% dei pazienti entro 60 giorni
Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53		entro 90 giorni per il 50% dei pazienti entro 180 giorni per il 90% dei pazienti
Interventi chirurgici tumore Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9		100% dei pazienti entro 30 giorni
Tonsillectomia	28.2 - 28.3		100% dei pazienti con almeno 6-7 episodi di tonsillite acuta l'anno o ascesso tonsillare, entro 60 giorni. 100% dei pazienti con altra indicazione, entro 180 giorni.

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY			
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempi massimi di Attesa
Chemioterapia	99.25	V 58.1	inizio del trattamento chemioterapico per neoplasia, e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista per il 100% dei pazienti
Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57		50% dei pazienti entro 60 giorni 90% dei pazienti entro 120 giorni
Biopsia percutanea del fegato	50.11		100% dei pazienti che necessitano di tipizzazione di lesione nodulare epatica entro 30 giorni, 100% dei pazienti con altra indicazione, entro 180 giorni.
Emorroidectomia	49.46		100% dei pazienti con sintomatologia invalidante entro 60 giorni. 100% degli altri entro 180 giorni
Riparazione ernia inguinale	53.0 - 53.10		100% dei pazienti con sintomatologia invalidante entro 60 giorni. 100% degli altri entro 180 giorni

ALLEGATO 4

**MODALITA' DI TRASMISSIONE E
RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI
PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA - REGIONE ABRUZZO**

Sono di seguito rappresentate le indicazioni regionali relative al monitoraggio dei tempi di attesa distinte in sezioni corrispondenti alle diverse tipologie di rilevazione.

A. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Monitoraggio ex post – Flusso art. 50 L 326/2003 – Aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008

Monitoraggio ex ante – Flusso regionale .txt (exa.txt)

B. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI PROGRAMMATI

Flusso regionale ASDO delle prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero

C. MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE

D. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA ED INTRAMURARIA ALLARGATA

E. MONITORAGGIO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI COMPLESSI

A. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

MONITORAGGIO EX POST

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, che consiste nella rilevazione (retrospettiva) del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato arricchito delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1. del PNGLA 2010-12 erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali. In conformità a quanto previsto dai redigenti PAA, il monitoraggio si intende esteso a tutte le strutture regionali (pubbliche e private) eroganti le seguenti tipologie di prestazioni.

Prestazioni indicate al paragrafo 3.1. del PNGLA 2010-12

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
Visite Specialistiche			
1	Visita cardiologia	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			
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	88.38.05	
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2	
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1	
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4	
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3	
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra 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)	89.5	
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	

72

I contenuti informativi nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03 sono da considerarsi tutti **obbligatori** ai fini del monitoraggio. I campi da utilizzare sono 6:

1. **Data di prenotazione:** data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

2. **Data di erogazione della prestazione:** data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

3. **Tipo di accesso:** indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, , controllo, follow up).

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= primo accesso

0= altra tipologia di accesso

4. **Classe di priorità:** fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)

B= entro 10 gg

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)

P= programmabile

La valorizzazione del campo "classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso. L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nella ricette siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti.

Le prestazioni contraddistinte da classe di priorità P, rappresentano nell'ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi U, B, D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa saranno esclusivamente le classi di priorità B e D, mentre per le classi U e P, le Regioni e Province Autonome, dovranno fornire al Ministero della Salute indicazioni sulle modalità organizzative di presa in carico degli utenti in relazione alle predette classi. Successivamente a tale ricognizione saranno definiti i criteri per uno specifico monitoraggio, che saranno definiti nell'ultimo trimestre 2011 e successivamente a regime da gennaio 2012

5. **Garanzia dei tempi massimi:** indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

La valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi" è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

6. **Codice struttura che ha evaso la prestazione :** indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.

Dei campi su citati 3 erano stati già previsti come obbligatori dal DM di aggiornamento del comma 5 e per la precisione "Data di prenotazione", "Data di erogazione della prestazione" e "Codice struttura", mentre gli altri 3, "Tipo di accesso", "Classe di priorità" e "Garanzia dei tempi massimi" erano previsti come facoltativi così come rappresentato nell'estratto del disciplinare tecnico allegato al DM nella sezione **6.2.2 RECORD DI DETTAGLIO - RICETTE PER PRESCRIZIONI SPECIALISTICHE**

Elemento XML	Descrizione Funzionale	Norme di Codifica	Tipologia Controllo	Tipologia Segnalazione
DataPrenotazione	Data prenotazione	Valori ammessi: formato Data XML (aaaa-mm-gg) (<i>Campo obbligatorio</i>)	Formalità	Nessuno Scarto
DataErogazione	Data erogazione della prestazione, valida anche ai fini dei tempi di attesa	Valori ammessi: formato Date XML (aaaa mm gg) (<i>Campo obbligatorio</i>)	Formalità	Nessuno Scarto
Tipoaccesso	Indica se la prestazione viene effettuata come primo accesso o meno	Valore ammesso: 0 =Altro accesso 1 = Primo accesso (<i>Campo facoltativo</i>)	Formalità	Nessuno Scarto
ClassePriorita	Priorità della prestazione erogata	Valori ammessi: U =" Nel più breve tempo possibile, comunque, se differibile, entro 72 ore", B ="Entro 10 giorni", D ="Entro 30 (visite), entro 60 giorni (visite strumentali)", P ="Senza priorità" (<i>Campo facoltativo</i>)	Formalità	Nessuno Scarto
GaranziaTempiMassimi	Garanzia dei tempi massimi di attesa	Valore ammesso: 1 = Utente a cui devono essere garantiti tempi massimi di attesa 0 =Utente che non rientra nella categoria precedente (<i>Campo facoltativo</i>)	Formalità	Nessuno Scarto
CodStrutturaRic	Codice della struttura specialistica che ha erogato la prestazione	(<i>Campo obbligatorio</i>)	Corretta assegnazione	Scarto Singola Ricetta

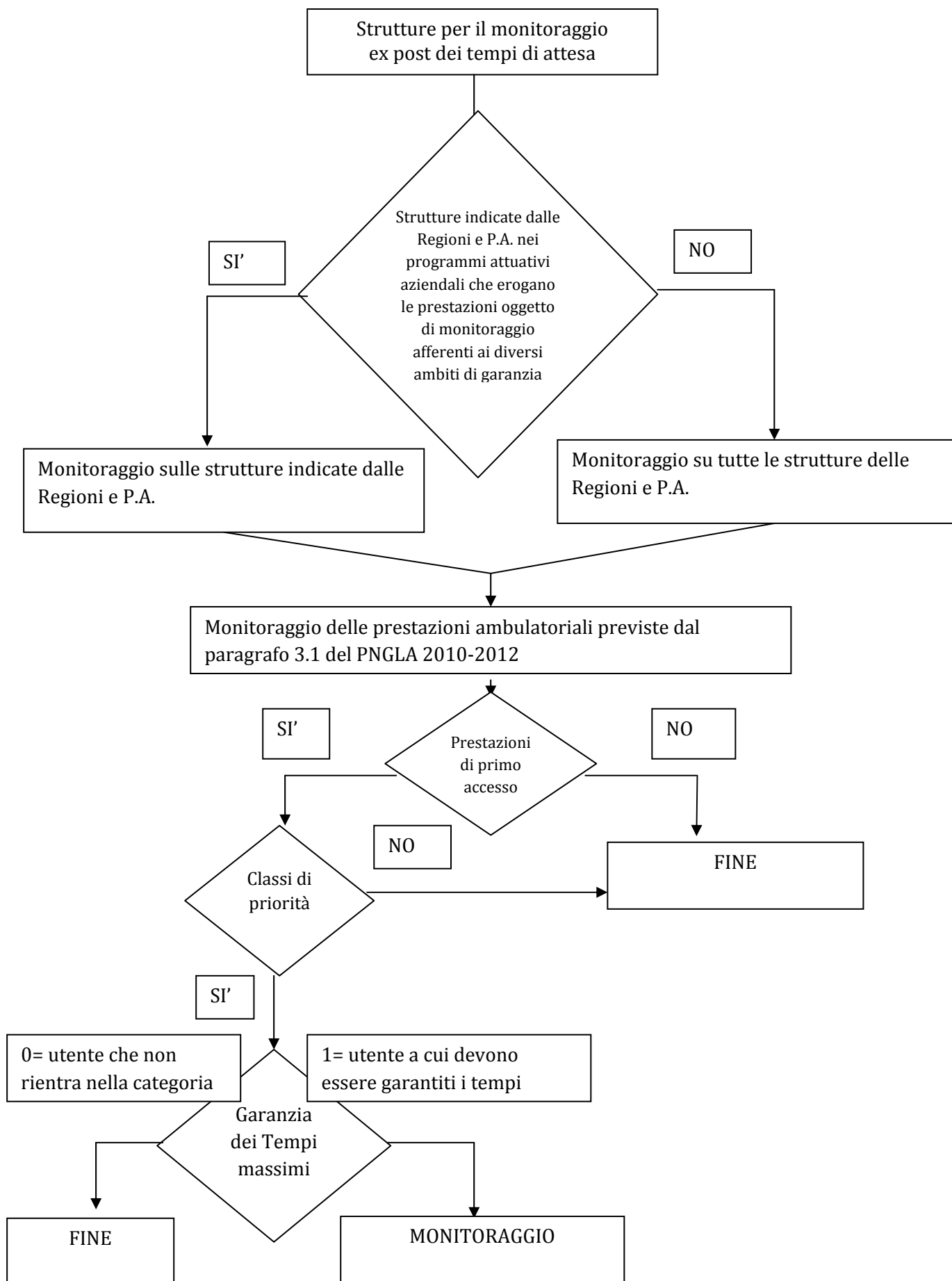
La Regione Abruzzo ha dato disposizione alle Aziende Sanitarie Locali della Regione di Abruzzo, con nota prot. n. 16675/13 del 29 settembre 2010, di rendere obbligatorie, a partire **dal 1 ottobre 2010**, i campi oggetto di monitoraggio già previsti come facoltativi. Contemporaneamente la Direzione Politiche della Salute ha dato garanzia al Ministero della Salute, attraverso il protocollo SIVEAS LEA_ABRUZZO-130-12/19/2010-0000094-A di garantire, a partire dall'ultimo trimestre 2010, le seguenti informazioni: Classe priorità prestazione, ASL di erogazione, Prestazione, Struttura sanitaria erogatrice, Data erogazione prestazione, Data prenotazione prestazione, Garanzia tempi attesa, Prestazioni in primo accesso. Con nota prot. RA 93179/13 del 27.04.2011 la Regione ha raccomandato alle Aziende Sanitarie Locali completezza e qualità delle informazioni finalizzate al monitoraggio ex post dei tempi d'attesa.

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell'Economia e Finanze, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Successivamente il Ministero dell'Economia e Finanze provvede a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione.

74

La Regione Abruzzo garantisce la vigilanza continua sui dati di monitoraggio ex post attraverso il Servizio Gestione Flussi Informativi di concerto con l'Agenzia Sanitaria Regionale ed effettua i relativi controlli incrociati con le informazioni rilevabili dal monitoraggio ex ante, per finalità di verifica di qualità, coerenza e misura del drop-out e dell'overbooking.



MONITORAGGIO EX ANTE

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa sulla rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12. Nell'ottica della rilevazione per batterie di giorni indice già sperimentata con il supporto dell'AGENAS, e in coerenza con quanto espresso nel PNGLA 2010-12 e nelle "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa", si prevede di adottare un tracciato record specifico in estensione .txt (denominato "exaXXX.txt") per la ricognizione puntuale delle informazioni relative a tutte le date di prenotazione per prestazione specialistica assegnate nei giorni indice di riferimento. Il monitoraggio dei tempi di attesa in modalità ex ante viene coordinato e governato dal Servizio Gestione Flussi Informativi della Direzione Politiche della Salute di concerto con l'Agenzia Sanitaria Regionale, secondo le modalità e i tempi indicati nel contesto descrittivo del tracciato record di seguito riportato.

Pur essendo tale modello utile a rilevare le cosiddette prestazioni istituzionali, lo stesso potrà essere adottato successivamente anche per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni in libera professione (per le quali è in uso il modello di rilevazione sperimentato dall'Agenas) con l'eventuale aggiunta di una o più variabili o attraverso l'adozione di specifiche supplementari nei campi già esistenti. I dati del monitoraggio ex ante saranno elaborati non solo per ricognire il quadro generale dell'offerta di prestazioni in termini di attesa, ma anche ai fini di un controllo di coerenza con i dati del monitoraggio ex post con i quali verranno confrontati e che costituiranno di per sé il riferimento finale della proporzione di prestazioni prenotate e non erogate.

Il tracciato record di seguito rappresentato contiene un insieme di variabili e specifiche da considerare come palinsesto informativo minimo necessario per la rilevazione. La Regione si riserva di modificare il tracciato o aggiungere campi accessori nel rispetto dei tempi di adeguamento dei sistemi informativi locali e in relazione a quanto previsto per lo sviluppo e la messa a regime del CUP federato regionale.

TRACCIATO RECORD IN FORMATO TESTO (.txt) PER LA RILEVAZIONE EX ANTE DELLE 43 PRESTAZIONI AMBULATORIALI (prestazioni istituzionali) DEL NUOVO PIANO DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

I soggetti tenuti alla rilevazione sono tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN.

Sono da considerare tutte le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica (“primo accesso”) contenute nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012.

Sono escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa le seguenti tipologie di prestazioni:

- controlli previsti nell’ambito della continuità diagnostico-terapeutica (“visite di controllo”);
- prestazioni effettuate pre- e post-ricovero;
- prestazioni inserite in programmi di screening;
- prestazioni in libera-professione intramuraria (rilevate attraverso un altro setting informativo)

L’informazione da rilevare è la data assegnata per l’erogazione della prestazione, ad ogni singolo paziente prenotato, in uno dei cinque giorni indice consecutivi. La cadenza della rilevazione è trimestrale, ma la Regione ha facoltà di richiedere rilevazioni ad hoc relative a uno o più giorni indice nel corso dell’anno.

Periodo indice	Giorni indice	Termine di invio alla Direzione Politiche della Salute
OTTOBRE 2011	3-4-5-6-7	21.10.2011
GENNAIO 2012	16-17-18-19-20	03.02.2012
...

Viene messo a disposizione delle ASL il seguente tracciato record per la rilevazione ex ante dei tempi di attesa:

Descrizione campo	Ti po	Lun gh.	Note	Codice*
Codice Azienda Sanitaria	AN	3	Codice Azienda Sanitaria	OBB
Codice Distretto	AN	2	Codice Distretto	OBB
Denominazione Distretto	AN	25	Denominazione Distretto	OBB
Codice erogatore	AN	6	Codice erogatore STS 11	OBB
Denominazione erogatore STS	AN	25	Denominazione erogatore	OBB
Tipo di rapporto con SSN	AN	1	Erogatore pubblico o privato	OBB
Integrazione CUP	AN	1	Prenotazione da CUP	OBB
Prestazione PNC	AN	2	Raggruppamento di prestazioni (come da par. 3.1 PNLG 2010-12)	OBB
Codice prestazione	AN	7	Codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale	OBB
Codice Disciplina	AN	2	Codice della disciplina specialistica (da valorizzare per le visite)	OBB
Data giorno indice	AN	8	Giorno della rilevazione in cui il paziente richiede l'appuntamento (formato GGMMAAAA)	OBB
Data prenotazione	AN	8	Data per la quale è stato prenotato l'appuntamento richiesto (Formato GGMMAAAA)	OBB
Progressivo riga per prenotazione	AN	3	Numero progressivo per quante sono le prenotazioni afferenti alla stessa prestazione per erogatore. Inizia con 001 che corrisponde alla prima data, e contiene ulteriori progressivi in funzione delle date di prenotazione, fino all'ultima data	OBB
Disponibilità	AN	2	Solo per prestazioni prenotabili da CUP indica l'ordine di disponibilità della data di prenotazione	OSP
Classe di priorità	AN	1	Solo per le visite (altre prestazioni in corso di definizione regionale)	OSP

* OBB: Obbligatorio; OSP: Obbligatorio Se Presente

79

DISCIPLINARE TECNICO**Codice Azienda Sanitaria:** codice dell'Azienda Sanitaria erogante la prestazione prenotata

201: ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

202: ASL Chieti-Lanciano-Vasto

203: ASL Pescara

204: ASL Teramo

Codice Distretto Sanitario di Base: codice del Distretto Sanitario di appartenenza dell'erogatore

- ultimi due caratteri dalla colonna "DS" (Distretto Sanitario)

ASL	CC	Den. Com.	DS	ASL	CC	Den. Com.	DS	ASL	CC	Den. Com.	DS	ASL	CC	Den. Com.	DS
201	66049	L'Aquila	AQ 01	202	69015	Casalbordino	CH 01				PE 01 (nord)	204	67005	Basciano	TE 01
	AQ 01		1	202	69028	Cupello	CH 01	203	68028	Pescara	PE 02 (sud)	204	67008	Campoli	TE 01
201	66002	Aielli	AQ 02	202	69036	Fresagrandinaria	CH 01		PE 01 nord PE 02 sud		1	204	67009	Canzano	TE 01
201	66011	Bisegna	AQ 02	202	69047	Lentella	CH 01	203	68006	Cappelle sul Tavo	PE 03	204	67011	Castellalto	TE 01
201	66023	Cappadocia	AQ 02	202	69055	Monteodorisio	CH 01	203	68011	Cepagatti	PE 03	204	67022	Cortino	TE 01
201	66025	Carsoli	AQ 02	202	69068	Pollutri	CH 01	203	68012	CittÀ Sant'Angelo	PE 03	204	67033	Penna Sant'Andrea	TE 01
201	66032	Celano	AQ 02	202	69083	San Salvo	CH 01	203	68025	Moscufo	PE 03	204	67036	Rocca Santa Maria	TE 01
201	66033	Cerchio	AQ 02	202	69087	Scerni	CH 01	203	68026	Nocciano	PE 03	204	67041	Teramo	TE 01
201	66038	Collaramele	AQ 02	202	69091	Torino di Sangro	CH 01	203	68030	Pianella	PE 03	204	67043	Torricella Sicura	TE 01
201	66039	Collelongo	AQ 02	202	69099	Vasto	CH 01	203	68041	Spoltore	PE 03	204	67046	Valle Castellana	TE 01
201	66046	Gioia dei Marsi	AQ 02	202	69100	Villalfonsina	CH 01		PE 03		7		TE 01		10
201	66050	Lece nei Marsi	AQ 02		CH 01		11	203	68001	Abbateggio	PE 04	204	67001	Alba Adriatica	TE 02
201	66051	Luco dei Marsi	AQ 02	202	69022	Chieti	CH 02	203	68002	Alanno	PE 04	204	67002	Ancarano	TE 02
201	66053	Magliano de' Marsi	AQ 02		CH 02		1	203	68003	Bolognano	PE 04	204	67017	Civitella del Tronto	TE 02
201	66054	Massa d'Albe	AQ 02	202	69035	Francavilla al Mare	CH 03	203	68005	Bussi sul Tirino	PE 04	204	67019	Colonnella	TE 02
201	66062	Oricola	AQ 02	202	69050	Miglianico	CH 03	203	68007	Caramanico Terme	PE 04	204	67020	Controguerra	TE 02
201	66063	Ortona dei Marsi	AQ 02	202	69072	Ripa Teatina	CH 03	203	68009	Castiglione a Casauria	PE 04	204	67021	Corropoli	TE 02
201	66064	Ortucchio	AQ 02	202	69081	San Giovanni Teatino	CH 03	203	68016	Corvara	PE 04	204	67031	Nereto	TE 02
201	66065	Ovindoli	AQ 02	202	69094	Torrevecchia Teatina	CH 03	203	68017	Cugnoli	PE 04	204	67038	Sant'Egidio alla Vibrata	TE 02
201	66067	Pereto	AQ 02	202	69098	Vacri	CH 03	203	68020	Lettomanoppello	PE 04	204	67039	Sant'Omero	TE 02
201	66069	Pescina	AQ 02	202	69101	Villamagna	CH 03	203	68022	Manoppello	PE 04	204	67042	Torano Nuovo	TE 02
201	66080	Rocca di Botte	AQ 02		CH 03		7	203	68029	Pescosansonesco	PE 04	204	67044	Tortoreto	TE 02
201	66085	San Benedetto dei Marsi	AQ 02	202	69004	Arielli	CH 04	203	68032	Pietranico	PE 04	204	67047	Martinsicuro	TE 02
201	66089	Sante Marie	AQ 02	202	69010	Canosa Sannita	CH 04	203	68033	Popoli	PE 04		TE 02		12
201	66096	Scurcola Marsicana	AQ 02	202	69027	Crecchio	CH 04	203	68034	Roccamorice	PE 04	204	67006	Bellante	TE 03

80

201 66099 Tagliacozzo	AQ 02	202 69042 Giuliano Teatino	CH 04	203 68035 Rosciano	PE 04	204 67025 Giulianova	TE 03
201 66102 Trasacco	AQ 02	202 69058 Ortona	CH 04	203 68036 Salle	PE 04	204 67029 Morro d'Oro	TE 03
201 66106 Villavallelonga	AQ 02	202 69067 Poggiofiorito	CH 04	203 68037 Sant'Eufemia a Maiella	PE 04	204 67030 Mosciano Sant'Angelo	TE 03
AQ 02	26	202 69090 Tollo	CH 04	203 68038 San Valentino in Abruzzo Citeriore	PE 04	204 67032 Notaresco	TE 03
201 66006 Avezzano	AQ 03	CH 04	7	203 68039 Scafa	PE 04	204 67037 Roseto degli Abruzzi	TE 03
201 66007 Balsorano	AQ 03	202 69018 Castel Frentano	CH 05	203 68040 Serramonacesca	PE 04	TE 03	6
201 66017 Canistro	AQ 03	202 69033 Fossacesia	CH 05	203 68042 Tocco da Casauria	PE 04	204 67003 Arsita	TE 04
201 66020 Capistrello	AQ 03	202 69037 Frisa	CH 05	203 68043 Torre de' Passeri	PE 04	204 67004 Atri	TE 04
201 66029 Castellafiume	AQ 03	202 69046 Lanciano	CH 05	203 68044 Turrialignani	PE 04	204 67007 Bisenti	TE 04
201 66034 Civita d'Antino	AQ 03	202 69056 Mozzagrogna	CH 05	PE 04	23	204 67013 Castiglione Messer Raimondo	TE 04
201 66036 Civitella Roveto	AQ 03	202 69074 Rocca San Giovanni	CH 05	203 68024 Montesilvano	PE 05	204 67014 Castilenti	TE 04
201 66057 Morino	AQ 03	202 69084 Santa Maria Imbaro	CH 05	PE 05	1	204 67015 Cellino Attanasio	TE 04
201 66092 San Vincenzo Valle Roveto	AQ 03	202 69086 San Vito Chietino	CH 05	203 68004 Brittolì	PE 06	204 67016 Cermignano	TE 04
AQ 03	9	202 69096 Treglio	CH 05	203 68008 Carpineto della Nora	PE 06	204 67027 Montefino	TE 04
201 66004 Anversa degli Abruzzi	AQ 04	CH 05	9	203 68010 Catignano	PE 06	204 67035 Pineto	TE 04
201 66012 Bugnara	AQ 04	202 69001 Altino	CH 06	203 68013 Civitaquana	PE 06	204 67040 Silvi	TE 04
201 66015 Campo di Giove	AQ 04	202 69002 Archi	CH 06	203 68014 Civitella Casanova	PE 06	TE 04	10
201 66018 Cansano	AQ 04	202 69005 Atessa	CH 06	203 68015 Collecervino	PE 06	204 67010 Castel Castagna	TE 05
201 66027 Castel di Ieri	AQ 04	202 69006 Bomba	CH 06	203 68018 Elice	PE 06	204 67012 Castelli	TE 05
201 66031 Castelvecchio Subequo	AQ 04	202 69007 Borrello	CH 06	203 68019 Farindola	PE 06	204 67018 Colledara	TE 05
201 66037 Cocullo	AQ 04	202 69009 Montebello sul Sangro	CH 06	203 68021 Loreto Aprutino	PE 06	204 67023 Crognaleto	TE 05
201 66041 Corfinio	AQ 04	202 69017 Casoli	CH 06	203 68023 Montebello di Bertona	PE 06	204 67024 Fano Adriano	TE 05
201 66045 Gagliano Aterno	AQ 04	202 69023 Civitaluparella	CH 06	203 68027 Penne	PE 06	204 67026 Isola del Gran Sasso d'Italia	TE 05
201 66047 Goriano Sicoli	AQ 04	202 69024 Civitella Messer Raimondo	CH 06	203 68031 Picciano	PE 06	204 67028 Montorio al Vomano	TE 05
201 66048 Introdacqua	AQ 04	202 69025 Colledimacine	CH 06	203 68045 Vicoli	PE 06	204 67034 Pietracamela	TE 05
201 66055 Molina Aterno	AQ 04	202 69026 Colledimezzo	CH 06	203 68046 Villa Celiera	PE 06	204 67045 Tossicia	TE 05
201 66066 Pacentro	AQ 04	202 69031 Fara San Martino	CH 06	PE 06	14	TE 05	9
201 66071 Pettorano sul Gizio	AQ 04	202 69039 Gamberale	CH 06				
201 66075 Pratola Peligna	AQ 04	202 69040 Gessopalena	CH 06				
201 66076 Prezza	AQ 04	202 69045 Lama dei Peligni	CH 06				
201 66077 Raiano	AQ 04	202 69048 Lettopalena	CH 06				
201 66079 Roccasale	AQ 04	202 69051 Montazzoli	CH 06				
201 66083 Rocca Pia	AQ 04	202 69052 Monteferrante	CH 06				
201 66093 Scanno	AQ 04	202 69053 Montelapiano	CH 06				
201 66097 Secinaro	AQ 04	202 69054 Montenerodomo	CH 06				
201 66098 Sulmona	AQ 04	202 69059 Paglieta	CH 06				
201 66103 Villalago	AQ 04	202 69060 Palena	CH 06				
201 66108 Vittorito	AQ 04	202 69062 Palombaro	CH 06				
AQ 04	24	202 69063 Pennadomo	CH 06				

81

201	66001	Acciano	AQ 05	202	69065	Perano	CH 06
201	66008	Barete	AQ 05	202	69066	Pizzoferrato	CH 06
201	66009	Barisciano	AQ 05	202	69070	Quadri	CH 06
201	66013	Cagnano Amiterno	AQ 05	202	69075	Roccascalegna	CH 06
201	66014	Calascio	AQ 05	202	69077	Roio del Sangro	CH 06
201	66016	Campotosto	AQ 05	202	69078	Rosello	CH 06
201	66019	Capestrano	AQ 05	202	69085	Sant'Eusanio del Sangro	CH 06
201	66021	Capitignano	AQ 05	202	69089	Taranta Peligna	CH 06
201	66022	Caporciano	AQ 05	202	69092	Tornareccio	CH 06
201	66024	Carapelle Calvisio	AQ 05	202	69095	Torricella Peligna	CH 06
201	66026	Castel del Monte	AQ 05	202	69102	Villa Santa Maria	CH 06
201	66030	Castelvecchio Calvisio	AQ 05	202	69103	Pietraferrazzana	CH 06
201	66040	Collepietro	AQ 05	202	69104	Fallo	CH 06
201	66042	Fagnano Alto	AQ 05			CH 06	37
201	66043	Fontecchio	AQ 05	202	69003	Ari	CH 07
201	66044	Fossa	AQ 05	202	69008	Bucchianico	CH 07
201	66052	Lucoli	AQ 05	202	69013	Casacanditella	CH 07
201	66056	Monteale	AQ 05	202	69016	Casalincontrada	CH 07
201	66058	Navelli	AQ 05	202	69030	Fara Filiorum Petri	CH 07
201	66059	Ocre	AQ 05	202	69032	Filetto	CH 07
201	66060	Ofena	AQ 05	202	69043	Guardiagrele	CH 07
201	66072	Pizzoli	AQ 05	202	69057	Orsogna	CH 07
201	66073	Poggio Picenze	AQ 05	202	69064	Pennapedimonte	CH 07
201	66074	Prata d'Ansidonia	AQ 05	202	69069	Pretoro	CH 07
201	66081	Rocca di Cambio	AQ 05	202	69071	Rapino	CH 07
201	66082	Rocca di Mezzo	AQ 05	202	69073	Roccamontepiano	CH 07
201	66086	San Benedetto in Perillis	AQ 05	202	69082	San Martino sulla Marrucina	CH 07
201	66087	San Demetrio ne' Vestini	AQ 05			CH 07	13
201	66088	San Pio delle Camere	AQ 05	202	69011	Carpineto Sinello	CH 08
201	66090	Sant'Eusanio Forconese	AQ 05	202	69012	Carunchio	CH 08
201	66091	Santo Stefano di Sessanio	AQ 05	202	69014	Casalanguida	CH 08
201	66095	Scoppito	AQ 05	202	69019	Castelguidone	CH 08
201	66100	Tione degli Abruzzi	AQ 05	202	69020	Castiglione Messer Marino	CH 08
201	66101	Tornimparte	AQ 05	202	69021	Celenza sul Trigno	CH 08
201	66104	Villa Santa Lucia degli Abruzzi	AQ 05	202	69029	Dogliola	CH 08
201	66105	Villa Sant'Angelo	AQ 05	202	69034	Fraine	CH 08
		AQ 05	36	202	69038	Furci	CH 08
201	66003	Alfedena	AQ 06	202	69041	Gissi	CH 08
201	66005	Ateleta	AQ 06	202	69044	Guilmi	CH 08
201	66010	Barrea	AQ 06	202	69049	Liscia	CH 08

82

201	66028	Castel di Sangro	AQ 06	202	69061	Palmoli	CH 08
201	66035	Civitella Alfedena	AQ 06	202	69076	Roccaspinalveti	CH 08
201	66061	Opi	AQ 06	202	69079	San Buono	CH 08
201	66068	Pescasseroli	AQ 06	202	69080	San Giovanni Lipioni	CH 08
201	66070	Pescocostanzo	AQ 06	202	69088	Schiavi di Abruzzo	CH 08
201	66078	Rivisondoli	AQ 06	202	69093	Torrebruna	CH 08
201	66084	Roccaraso	AQ 06	202	69097	Tuffillo	CH 08
201	66094	Scontrone	AQ 06	CH 08			19
201	66107	Villetta Barrea	AQ 06				
AQ 06			12				

Denominazione Distretto: descrizione per esteso del DSB

Codice erogatore: codice a 6 carattere come da mod. STS 11 quadro D

Denominazione erogatore: descrizione per esteso dell'erogatore

Tipo di rapporto con SSN:

1: pubblico

2: privato

Integrazione CUP: indica se la prestazione è prenotabile secondo le modalità CUP

1: sì

2: no

Prestazione PNC – Codice prestazione – Branca Specialistica

83

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
Visite Specialistiche			
01	Visita cardiologia	89.7	08
02	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
03	Visita endocrinologica	89.7	19
04	Visita neurologica	89.13	32
05	Visita oculistica	95.02	34
06	Visita ortopedica	89.7	36
07	Visita ginecologica	89.26	37
08	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
09	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		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.05
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	Ecolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecolordoppler 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)	89.5
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

85

Data giorno indice: data della rilevazione (da ripetere per ogni record);

Data prenotazione: data di prenotazione per specifica prestazione e per specifico erogatore;

Progressivo riga per prenotazione: numero progressivo per quante sono le prenotazioni afferenti alla stessa prestazione per erogatore. Inizia con 001 che corrisponde alla prima data, e contiene ulteriori progressivi in funzione delle date di prenotazione, fino all'ultima data; nel caso di due o più prestazioni prenotate per lo stesso giorno la scelta del progressivo è libera.

Es. di compilazione per prestazione strumentale (Rmn cervello):

Codice Azienda Sanitaria	Codice Distretto	Denominazione Distretto	Codice erogatore	Denominazione erogatore STS	Tipo di rapporto con SSN	Integrazione CUP	Prestazione PNC	Codice prestazione	Codice Disciplina	Data giorno indice	Data prenotazione	Progressivo riga per prenotazione	Disponibilità	Classe di priorità
203	02	DSB Pescara Nord	000102	Diagnostica strumentale e per immagini	1	1	23	88.91.1		01042011	06042011	001	01	D
203	02	DSB Pescara Nord	000102	Diagnostica per immagini PO Santo Spirito	1	1	23	88.91.1		01042011	15042011	002	01	D
203	02	DSB Pescara Nord	000102	Diagnostica per immagini PO Santo Spirito	1	1	23	88.91.1		01042011	30042011	003	03	D
203	02	DSB Pescara Nord	000102	Diagnostica per immagini PO Santo Spirito	1	1	23	88.91.1		01042011	30042011	004	02	D

86

Es. di compilazione per visita specialistica (visita ortopedica)

Codice Azienda Sanitaria	Codice Distretto	Denominazione Distretto	Codice erogatore	Denominazione erogatore STS	Tipo di rapporto con SSN	Integrazione CUP	Prestazione PNC	Codice prestazione	Codice Disciplina	Data giorno indice	Data prenotazione	Progressivo riga per prenotazione	Disponibilità	Classe di priorità
201	03	DSB Avezzano	002003	Poliambulatorio	1	1	06	89.7	36	01042011	06042011	001	01	U
201	03	DSB Avezzano	002003	Poliambulatorio	1	1	06	89.7	36	01042011	15042011	002	01	B
201	03	DSB Avezzano	002003	Poliambulatorio	1	1	06	89.7	36	01042011	30042011	003	03	D
201	03	DSB Avezzano	002003	Poliambulatorio	1	1	06	89.7	36	01042011	30042011	004	02	D

Disponibilità: solo per prestazione prenotabile da CUP indica se la data di prenotazione è effettivamente la prima disponibile o se subordinata a libera scelta dell'utente.

01: prima disponibilità aziendale

02: seconda disponibilità aziendale

03: terza disponibilità aziendale

...

Classe di priorità: disponibili a livello regionale le classi di priorità per le visite mediche.

U = Urgente (entro 72 ore)

B = Breve (entro 10 giorni)

D = Differibile (entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici)

P = Programmata

B. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI OSPEDALIERI

Prenotazione dei ricoveri ospedalieri – Registro di prenotazione ricoveri programmabili

Il medico specialista ospedaliero, in sede di visita ambulatoriale, valuta il paziente, e, stabilita la necessità e la tipologia del ricovero (ordinario o DH/DS), proposto dal medico prescrittore su ricettario del SSR, determina la classe di priorità e fornisce al paziente, oltre alle informazioni sulle sue condizioni cliniche e sull'iter diagnostico terapeutico complessivo, sia la scheda da consegnare al **CUP** per l'inserimento nella lista d'attesa sia le prescrizioni degli eventuali accertamenti da effettuare in regime di prericovero. E' auspicabile che i registri di prenotazione dei ricoveri programmabili siano gestiti elettronicamente a livello di ogni unità operativa e integrati tra loro e con il CUP: in questo caso non è necessaria la comunicazione cartacea al CUP della scheda di inserimento in lista d'attesa del paziente.

Qualora lo specialista ospedaliero non concordi sulla necessità del ricovero, indica il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame ed attiva direttamente, se condiviso dal paziente, un diverso percorso assistenziale.

Ogni U.O. ha il proprio "registro delle prenotazioni" per i ricoveri programmati, posto sotto la diretta responsabilità del Responsabile di U.O. e sotto la vigilanza del Direttore Sanitario. Il registro delle prenotazioni è già previsto dalla Legge n. 724 del 23 dicembre 1994 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" che all'art. 3, comma 8 recita: "Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, le unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone." Tale obbligo è ribadito anche dallo Schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari» (DPCM 19/5/1995): "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."

In tale registro afferiscono tutte le proposte di ricovero formulate dai medici dell'U.O. e condivise clinicamente da parte del relativo Responsabile. Tale registro può comporsi di diversi sotto-registri, distinti per gruppi di patologie, a scorrimento autonomo ed eventualmente differenziato. I criteri generali che presiedono alla gestione delle liste d'attesa sono:

- **ordine cronologico** d'inserimento proposta di ricovero nel registro delle prenotazioni di reparto, per patologie e/o quadri clinici della stessa natura ed a parità delle condizioni riportate al punto seguente;

- tipologia, gravità e caratteristiche (**classi di priorità per ricovero programmato**) dello stato di malattia.

Tra i soggetti che possono avere accesso ai dati ci sono gli incaricati delle direzioni sanitarie e delle regioni, che hanno il compito di vigilare e verificare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza, efficienza, etc, compresi gli aspetti applicativi delle priorità d'accesso. Il DPCM 19/5/1995 prevede la possibilità di svolgere azioni di controllo sulle agende di prenotazione anche da parte di soggetti esterni, in particolare i MMG. Tutti i cittadini, comunque, che vi abbiano interesse, possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa. Pertanto, la configurazione delle agende, siano esse su supporto cartaceo o informatico, deve prevedere la possibilità dell'effettuazione di questi controlli nel rispetto della normativa sulla privacy, ovvero rendendo verificabili i dati inerenti i criteri e le date di prenotazione, senza però rendere accessibili i dati di identificazione del paziente.

Le Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, nell'ambito del Progetto Mattone "Tempi di attesa" (versione 4 maggio 2005), definiscono, relativamente ai dati da inserire nel registro di prenotazione, un elenco di campi articolato in due sezioni, la prima relativa al paziente, la seconda all'aspetto gestionale.

Campi dati paziente	Rilevanza
a) Nome e Cognome del paziente	<i>Essenziale</i>
b) Codice Fiscale	<i>Essenziale</i>
c) Sesso	<i>Essenziale</i>
d) Data di nascita	<i>Utile</i>
e) Residenza	<i>Utile</i>
f) Numero di telefono del paziente	<i>Essenziale</i>
g) Persona da informare (nome e telefono)	<i>Essenziale</i>
h) Diagnosi o sospetto diagnostico	<i>Essenziale</i>
i) Classe di priorità	<i>Essenziale</i>
j) Note cliniche particolari	<i>Utile</i>
Informazioni gestionali	Rilevanza
k) Nome del medico prescrittore	<i>Utile</i>
l) Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico)	<i>Utile</i>
m) Data di prescrizione della richiesta da parte del medico prescrittore	<i>Essenziale</i>
n) Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione	<i>Essenziale</i>
o) Data prevista per il ricovero	<i>Essenziale</i>
p) Data reale del ricovero	<i>Essenziale</i>
q) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista	<i>Essenziale</i>
r) Modalità di accesso (visita ambulatoriale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata ecc)	<i>Utile</i>

Precisazioni sui campi data (m, n, o, p).

La "data di prescrizione della richiesta da parte del medico prescrittore" (campo m) corrisponde alla data contenuta nella richiesta del medico prescrittore (MMG, specialista ecc). Nei casi in cui, per finalità amministrative (da scoraggiare ai fini di una corretta e trasparente organizzazione delle agende di prenotazione dei ricoveri), la richiesta di ricovero viene compilata dal MMG immediatamente prima del ricovero, ma dopo

89

l'espletamento di tutto il percorso di valutazione della necessità del ricovero, tale data non deve essere considerata pertinente.

La "data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione" (campo n) corrisponde al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della struttura ospedaliera (identificazione del bisogno/convalida dello specialista): è la stessa data che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nel tracciato SDO.

La "data prevista per il ricovero" (campo o) può essere indicata in modo "approssimativo" o orientativo (stima dello specialista). Questa variabile riveste la sua importanza strategica soprattutto in termini di programmazione delle attività allorquando viene messa a confronto con la data reale del ricovero, poiché discrepanze significative e frequenti rispetto a quest'ultima, possono essere espressione di difficoltà gestionali. Indicativamente la data prevista per il ricovero può essere stimata valutando il tempo medio di attesa per quel tipo di ricovero con quella classe di priorità nei precedenti sei mesi.

La "data reale del ricovero" (campo p) si riferisce alla data effettiva di ammissione al ricovero ospedaliero.

RUOLO DEL CUP

La comunicazione di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione dei ricoveri viene resa disponibile elettronicamente al CUP: in una prima fase, nel rispetto delle esigenze organizzative richieste dalle procedure di integrazione, è ipotizzabile che tale informazione afferisca al CUP, tramite il paziente, su scheda cartacea. In entrambi i casi, comunque, il CUP si fa carico della gestione centralizzata delle agende di prenotazione e delle comunicazioni relative al paziente: nel momento in cui, la disponibilità operativa del reparto di destinazione del ricovero diventa concreta (il paziente cioè può essere ricoverato a una certa data) ne viene data comunicazione telefonica al paziente. E' fondamentale che tale comunicazione, e quindi la gestione programmatoria dell'evento, avvenga con congruo e accettabile anticipo.

Nell'eventualità in cui un paziente, chiamato secondo le modalità suddette, si trovi temporaneamente indisponibile al ricovero, nel rispetto dei medesimi criteri, si provvede alla chiamata in successione del primo paziente disponibile. Al paziente che ha comunicato la sua indisponibilità al ricovero, viene proposta un'altra data nel rispetto dei criteri di assegnazione (temporali e clinici).

MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DEI RICOVERI (EX POST)

I campi essenziali per il monitoraggio ex post dei tempi di attesa dei ricoveri programmabili sono due:

Data di prenotazione (SDO)

Indica la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuto all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

90

Classe di priorità (SDO)

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

- 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.
- B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- 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.
- D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

La regione Abruzzo ha recepito quanto disposto dal DM n. 135 dell'8 luglio 2010 relativamente all'integrazione delle informazioni relative alla SDO con la nota prot. 15925/13 del 16 settembre 2010.

Ai fini della completa rilevazione delle informazioni relative ai tempi di attesa per ricoveri programmati il documento "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa" del 24 dicembre 2010, definisce tutti i contenuti informativi, desumibili dal tracciato SDO, utili per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri programmati:

Codice struttura: indica il codice della struttura di ricovero (compresi gli stabilimenti).

Il campo è di tipo alfanumerico di 8 caratteri.

Tipo di ricovero

Individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri di urgenza e dai ricoveri obbligatori. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= ricovero programmato non urgente

2= ricovero urgente

3= ricovero TSO

4= ricovero programmato con preospedalizzazione.

Pertanto il monitoraggio interesserà le prestazioni n. 1 (ricovero programmato non urgente) e n. 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione), con esclusione delle prestazioni n. 2 (ricovero urgente) e n. 3 (ricovero TSO).

Regime di ricovero

Il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= regime di ricovero ordinario

2= regime di ricovero diurno (day-hospital/daysurgery)

Data di prenotazione

Indica la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuto all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

Classe di priorità

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

- 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.
- B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

91

- 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.
- D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica

E' relativo agli interventi chirurgici/procedure diagnostico terapeutiche che si sono effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.i. L'indicazione del codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica è ricercato in qualsiasi campo dedicato alla loro codifica, al fine di individuare le prestazioni erogate nel corso dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2010-12 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

Data intervento chirurgico/ procedura diagnostico terapeutica

Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica.

Se la data di intervento non è presente si considera la data di ricovero più la degenza media preoperatoria regionale.

Si riportano di seguito le tabelle dei codici intervento per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri:

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 - 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	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	Sottocategoria 36.1X	
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 -00.73	162
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

Esplicitamente si riportano di seguito analiticamente tutti i codici di procedura raggruppati nel prospetto precedente:

Codice	Descrizione	Numero	Progressivo per numero
9925	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	44	1
8855	Arteriografia coronarica con catetere singolo	45	1
8856	Arteriografia coronarica con catetere doppio	45	2
8857	Altra e non specificata arteriografia coronarica	45	3
5011	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del fegato	46	1
4946	Asportazione delle emorroidi	47	1
530	Riparazione monolaterale di ernia inguinale	48	1

5300	Riparazione monolaterale di ernia inguinale, SAI	48	2
5301	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta	48	3
5302	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta	48	4
5303	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi	48	5
5304	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi	48	6
5305	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI	48	7
531	Riparazione bilaterale di ernia inguinale	48	8
5310	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, SAI	48	9
5311	Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta	48	10
5312	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta	48	11
5313	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, una diretta e una indiretta	48	12
5314	Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi	48	13
5315	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi	48	14
5316	Riparazione bilaterale di ernia inguinale una diretta e una indiretta, con innesto o protesi	48	15
5317	Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI	48	16
854	Mastectomia	49	1
8541	Mastectomia semplice monolaterale	49	2
8542	Mastectomia semplice bilaterale	49	3
8543	Mastectomia semplice allargata monolaterale	49	4
8544	Mastectomia semplice allargata bilaterale	49	5
8545	Mastectomia radicale monolaterale	49	6
8546	Mastectomia radicale bilaterale	49	7
8547	Mastectomia radicale monolaterale allargata	49	8
8548	Mastectomia radicale bilaterale allargata	49	9
605	Prostatectomia radicale	50	1
457	Asportazione parziale dell'intestino crasso	51	1
4571	Resezione segmentaria multipla dell'intestino crasso	51	2
4572	Resezione del cieco	51	3
4573	Emicolectomia destra	51	4
4574	Resezione del colon trasverso	51	5
4575	Emicolectomia sinistra	51	6
4576	Sigmoidectomia	51	7
4579	Altra asportazione parziale dell'intestino crasso	51	8
458	Colectomia totale intraaddominale	51	9
485	Resezione del retto per via addominoperineale	51	10
486	Altra resezione del retto	51	11
683	Isterectomia addominale subtotale	52	1
6831	Isterectomia sopracervicale laparoscopica	52	2
6839	Altra e non specificata isterectomia sopracervicale addominale subtotale	52	3

684	Isterectomia addominale totale	52	4
6841	Isterectomia addominale totale laparoscopica	52	5
6849	Altra e non specificata isterectomia addominale totale	52	6
685	Isterectomia vaginale	52	7
6851	Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente (LAVH)	52	8
6859	Altra e non specificata isterectomia vaginale	52	9
686	Isterectomia addominale radicale	52	10
6861	Isterectomia addominale radicale laparoscopica	52	11
6869	Altra e non specificata isterectomia addominale radicale	52	12
687	Isterectomia vaginale radicale	52	13
6871	Isterectomia vaginale radicale laparoscopica	52	14
6879	Altra e non specificata isterectomia vaginale radicale	52	15
688	Eviscerazione pelvica	52	16
689	Altra e non specificata isterectomia	52	17
361	Bypass per rivascularizzazione cardiaca	53	1
3610	Bypass aortocoronarico per rivascularizzazione cardiaca, SAI	53	2
3611	Bypass (aorto)coronarico di una arteria coronarica	53	3
3612	Bypass (aorto)coronarico di due arterie coronariche	53	4
3613	Bypass (aorto)coronarico di tre arterie coronariche	53	5
3614	Bypass (aorto)coronarico di quattro o più arterie coronariche	53	6
3615	Bypass singolo mammaria internaarteria coronarica	53	7
3616	Bypass doppio mammaria internaarteria coronarica	53	8
3617	Bypass dell'arteria coronaria addominale	53	9
3619	Altro bypass per rivascularizzazione cardiaca	53	10
360	Rimozione di ostruzione dell'arteria coronarica ed inserzione di stent	54	1
3603	Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto	54	2
3604	Infusione trombolitica nell'arteria coronarica	54	3
3606	Inserzione di stent non medicato nell'arteria coronarica	54	4
3607	Inserzione di stent medicato in arteria coronarica	54	5
3609	Altra rimozione di ostruzione dell'arteria coronarica	54	6
3812	Endoarteriectomia di altri vasi del capo e del collo	55	1
0071	Revisione della protesi d'anca, componente acetabolare	56	4
0072	Revisione della protesi d'anca, componente femorale	56	5
0073	Revisione della protesi d'anca, inserto acetabolare e/o della sola testa del femore	56	6

8151	Sostituzione totale dell'anca	56	1
8152	Sostituzione parziale dell'anca	56	2
8153	Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata	56	3
323	Resezione segmentale del polmone	57	1
324	Lobectomia del polmone	57	2
325	Pneumonectomia completa	57	3
329	Altra asportazione del polmone	57	4
282	Tonsillectomia senza adenoidectomia	58	1
283	Tonsillectomia con adenoidectomia	58	2

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso SDO al NSIS, con le tempistiche previste dal citato DM del 8 luglio 2010 n. 135, a partire dal 1 luglio 2010.

Il monitoraggio avverrà a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010 e consisterà nel verificare la presenza di data di prenotazione e classi di priorità. In particolare la completezza di trasmissione dei campi data di prenotazione e classe di priorità deve essere pari al 50% nell'ultimo trimestre 2010; al 70% nel 2011 e al 90% nel 2012.

La gestione delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati, contenute nella SDO (tracciato regionale ASDO), è affidata al Servizio Gestione Flussi Informativi della Direzione Politiche della Salute.

C. MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Indicare 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo
Codice Struttura di erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si è verificato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice regione (3), codice azienda (3) e codice STS (6) – campo testo
Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Durata ricompresa nell'intervallo maggiore o uguale a 2 giorni e minore o uguale a 7 giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari
Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità materiale/dispositivi
Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice identificativo del raggruppamento di prestazioni basato sulla classificazione delle prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012 al paragrafo 3.1	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti indicati nella tabella riportata all'Allegato 4.

Modalità e tempi di trasmissione

La rilevazione delle sospensioni prevede il trasferimento dei dati sopra indicati relativi a tali eventi attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato di seguito a partire dal 1 gennaio 2011. Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al NSIS, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

Fino al 1° semestre 2011 il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione si è svolto (con temine di invio al 31 luglio 2011) secondo le modalità ed i tempi già previsti nel PNCTA 2006-2008, mentre, a partire dal II semestre 2011 sarà individuata, tramite una sperimentazione (così come indicato nelle linee guida per la Certificazione LEA al punto F2), una nuova modalità di raccolta delle informazioni relative al suddetto ambito di monitoraggio. Il Servizio Gestione Flussi di concerto con l'ASR elaborerà i report di monitoraggio delle sospensioni e curerà la trasmissione degli stessi dati al Ministero della Salute. E' prevedibile che questo tipo di informazione, con l'implementazione del CUP unico regionale potrà essere rilevato direttamente dal sistema integrato.

D. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA ED INTRAMURARIA ALLARGATA (MONITORAGGIO ALPI)

Il PNGLA 2010-2012 ha dato mandato all'AgeNaS, entro 60 giorni dall'approvazione del Piano di provvedere a definire le Linee guida per il monitoraggio dell'ALPI, in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le P.A., e successivamente a trasmettere annualmente al Ministero della Salute e all'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale i risultati di tale attività.

Le "Linee guida per il monitoraggio nazionale sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata" trasmesse alle Regioni nel maggio 2011, che vengono recepite con il presente atto, definiscono la metodologia del monitoraggio, il periodo, i soggetti coinvolti e le prestazioni da monitorare relativamente all'attività libero-professionale e intramuraria allargata.

Il monitoraggio nazionale sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata sarà effettuato con metodologia "ex ante" e nel corso di una settimana indice in tutte le Aziende sanitarie italiane.

Avrà luogo nelle stesse 5 giornate indice nelle quali le Regioni effettueranno il proprio monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in attività istituzionale. I soggetti tenuti alla rilevazione sono esclusivamente le strutture pubbliche che erogano prestazioni in attività libero-professionale intramuraria individuale o in equipe o strutture private in cui vengono erogate prestazioni in attività intramuraria allargata (i privati accreditati sono esclusi in quanto non sono sede di attività libero-professionale intramuraria). Le prestazioni da monitorare saranno tutte quelle di seguito riportate:

VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	89.7	08
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

VISITE SPECIALISTICHE				
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina	Periodo di rilevazione
1	Visita cardiologia	89.7	8	ott-11
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14	apr-12
3	Visita endocrinologica	89.7	19	apr-12
4	Visita neurologica	89.13	32	apr-12
5	Visita oculistica	95.02	34	ott-11
6	Visita ortopedica	89.7	36	ott-11
7	Visita ginecologica	89.26	37	apr-12
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38	ott-11
9	Visita urologica	89.7	43	apr-12
10	Visita dermatologica	89.7	52	apr-12
11	Visita fisiatrica	89.7	56	apr-12
12	Visita gastroenterologica	89.7	58	apr-12
13	Visita oncologica	89.7	64	apr-12
14	Visita pneumologica	89.7	68	apr-12
PRESTAZIONI STRUMENTALI				
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore		
Diagnostica per Immagini				
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2		apr-12
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1		apr-12
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1		ott-11
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3		ott-11
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5		ott-11
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1		ott-11
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1		apr-12
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.05		apr-12
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2		ott-11
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5		apr-12
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2		apr-12
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1		ott-11
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4		apr-13
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3		apr-13
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5		apr-13
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2		apr-13
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1		apr-12
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2		apr-13
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2		apr-13

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI				
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore		
34	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42		apr-13
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24		apr-13
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16		apr-13
37	Elettrocardiogramma	89.52		apr-13
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.5		apr-13
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43		apr-13
40	Audiometria	95.41.01		apr-13
41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2		apr-13
42	Fondo Oculare	95.09.01		apr-13
43	Elettromiografia	93.08.01		apr-13
34	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42		apr-13
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24		apr-13
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16		apr-13
37	Elettrocardiogramma	89.52		apr-13

Per la prima rilevazione, prevista per l'ottobre 2011 sono previste 10 prestazioni specialistiche.

Sarà cura del Servizio Gestione Flussi Informativi della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo, di concerto con l'ASR Abruzzo, coordinare la rilevazione e il monitoraggio di tali prestazioni

E. MONITORAGGIO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI COMPLESSI

Nel giugno 2011, il Ministero della Salute con il supporto dell'AGENAS, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012 (PNGLA), ha emanato le linee-guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi. Tale documento, che si recepisce con il presente atto, intende rappresentare la metodologia di monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi, cioè di quelle sequenze predefinite, articolate e coordinate di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevedono la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia". Situazioni cliniche che richiedono l'integrazione coordinata di più specialisti, talvolta anche in strutture diverse, spesso con utilizzo di tecnologie ad alto costo, comportano difficoltà gestionali per i servizi sanitari che rendono necessario razionalizzare e ottimizzare l'uso delle risorse e impongono un monitoraggio preciso e periodico di tali percorsi assistenziali.

I percorsi complessi possono essere utilizzati per diverse patologie, ma tipicamente si applicano ai pazienti affetti da neoplasia maligna, come rappresentato nella relazione finale del progetto Mattone "Tempi di attesa" (cap. 7) e, secondo quanto espresso dal PNGLA 2010-2012, anche ai pazienti con diagnosi di cardiopatia ischemica trattata con by-pass aorto-coronarico. La metodologia tracciata nelle linee-guida è finalizzata a monitorare e valutare la durata delle due fasi distinte del percorso diagnostico-terapeutico:

1. fase strettamente diagnostica (dal primo sospetto "consistente" alla conclusione diagnostica);
2. l'attesa per l'inizio della terapia dopo il completamento della fase 1

Gli elementi critici di questi processi sono rappresentati da tre momenti fondamentali:

- a) "prima prestazione suggestiva": permette di identificare l'inizio del percorso diagnostico;
- b) data dell'esame "conclusivo" (per i tumori, solitamente è l'esame citologico o istologico);
- c) data di ricovero per l'inizio della terapia.

Il tempo intercorso tra a) e b) indica tendenzialmente la fase 1., mentre l'intervallo b)-c) dà la misura del tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica. In termini di tracciabilità, considerando che spesso può determinarsi un intervallo tra la conclusione del percorso diagnostico e la programmazione della terapia, determinato da motivi diversi (quale, ad esempio il fatto che il paziente e la sua famiglia, a fronte di una diagnosi grave, spesso chiedono una seconda opinione o si rivolgono ad un altro centro per avere conferma della diagnosi e delle terapie proposte), è ritenuto più affidabile, per la valutazione della seconda fase, l'intervallo temporale tra la data di prenotazione (vedi SDO).

101

Le aree cliniche di rilevazione con relative scadenze di invio dei dati al Ministero della Salute sono:

- tumore della mammella: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 ottobre 2011
- tumore del polmone: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 dicembre 2011
- tumore del colon-retto: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 dicembre 2011
- cardiopatia ischemica trattata con by-pass Aorto-Coronarico: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 dicembre 2011

Periodicità: ogni anno l'invio dei dati relativo all'anno precedente dovrà essere effettuato entro il 31 dicembre

Il Servizio Gestione Flussi di concerto con l'ASR elaborerà i report di monitoraggio dei percorsi complessi.

Il dettaglio della metodologia con la tabelle relative ad ogni percorso e gli specifici step con l'indicazione dei codici di selezione dalle banche dati da utilizzare (File ASDO e File C) è riportato nella specifica sezione delle Linee Guida ministeriali.

I risultati del monitoraggio devono essere letti in una logica di sistema, di analisi organizzativa funzionale all'ottimizzazione di efficacia, umanizzazione, efficienza, appropriatezza e tempestività attraverso l'individuazione di criticità organizzative e gestionali e sono da condividere con tutti gli specialisti e le professionalità effettivamente coinvolte nei percorsi considerati.

APPENDICE

**Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa
PNGLA 2010-2012**

**Linee Guida per il monitoraggio
dei percorsi diagnostico terapeutici complessi**

Giugno 2011

Premessa

Per percorso complesso si intende una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia.

Questo tipo di approccio si sta sempre più diffondendo grazie allo sviluppo delle conoscenze mediche e delle tecnologie realizzatosi negli ultimi anni, che vede sempre più situazioni cliniche che richiedono l'integrazione coordinata di molti diversi specialisti e professionisti, talvolta anche di strutture diverse, spesso con l'utilizzo di tecnologie ad alto costo. Tutto ciò crea crescenti situazioni di difficoltà gestionale che mettono a dura prova le capacità di risposta delle organizzazioni sanitarie, il che rende necessario ottimizzare l'uso delle risorse, al fine di garantire efficacia, efficienza, appropriatezza, tempestività.

I percorsi complessi possono essere utilizzati per diverse patologie, ma tipicamente si applicano ai pazienti affetti da tumore, come descritto nel Capitolo 7 della relazione finale del progetto Mattone "Tempi d'attesa". Il problema dell'applicazione di questa metodologia si è recentemente reso più pressante anche per quanto previsto nel nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012 (PNGLA), approvato in Conferenza Stato Regioni il 28 ottobre 2010.

Nel quadro di quanto richiesto dal citato PNGLA, la metodologia qui esposta è finalizzata alla verifica della durata temporale di due distinti momenti del percorso diagnostico-terapeutico: 1) la fase strettamente diagnostica (dal primo sospetto "consistente" alla conclusione diagnostica), 2) l'attesa per l'inizio della terapia dopo il completamento della fase 1.

In realtà, la metodologia predisposta è in grado di svolgere verifiche più dettagliate, come:

- verificare che tutti i percorsi analizzati, relativi a pazienti affetti da una determinata patologia, si sono realizzati con la sequenza di indagini e attività previste dai protocolli concordati (principi di riferimento: efficacia, appropriatezza, sicurezza)
- i percorsi, e le loro fasi, si sono svolte entro i tempi previsti (principi di riferimento: tempestività, umanizzazione)

L'attuazione di un maggior dettaglio analitico esula però dagli obiettivi del PNGLA, ma può essere sviluppato dai diversi soggetti coinvolti (regioni, aziende Usl, ospedali) qualora lo ritengano utile.

Il metodo proposto permette di realizzare l'analisi dei singoli casi, ma il dato di maggior rilievo non è quello relativo al singolo paziente, ma lo studio della tendenza generale del fenomeno, ovvero dello svolgimento del percorso complesso, al fine di identificarne possibili criticità da affrontare in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Pertanto, la lettura dei percorsi deve essere vista in una logica di sistema, di analisi organizzativa mirante all'ottimizzazione di efficacia, umanizzazione, efficienza, appropriatezza, tempestività; quindi, identificare possibili problemi organizzativi nei percorsi complessi, al fine di ottimizzare le risorse ed i tempi. La lettura deve essere per area, ed il risultato atteso sono azioni di riorganizzazione.

Ciò premesso, se ne può derivare che il focus dell'analisi non è tanto sulla raccolta puntuale e precisa di tutti i casi realmente verificatisi, ma è più sull'andamento

complessivo dei percorsi, lo stile gestionale dei processi, il quadro organizzativo generale del contesto in cui il percorso si realizza.

La metodologia che viene qui descritta si può sinteticamente riportare ad una logica che, nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico, si focalizza su tre momenti fondamentali:

- a) "prima prestazione suggestiva": permette di identificare l'inizio del percorso diagnostico
- b) data dell'esame "conclusivo" (per i tumori, solitamente è il citologico o istologico): informa sul momento in cui solitamente si è giunti ad una diagnosi di certezza, in base alla quale si definiranno le strategie terapeutiche
- c) data di ricovero per l'inizio della terapia.

Il tempo trascorso tra il momento a) ed il momento b) indica tendenzialmente la fase diagnostica (anche se in realtà questa può richiedere ancora delle procedure, in particolare per la stadiazione), mentre l'intervallo b)-c) ci può dare la misura del tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica.

Ciò vale, ovviamente, in termini generali, poiché questi aspetti possono variare fortemente in funzione del tipo di problema oggetto di analisi e delle modalità organizzative locali. Anche questo aspetto, pertanto, deve essere discusso con i propri specialisti per avere delle indicazioni interpretative corrette ed efficaci.

In realtà, l'esperienza ha evidenziato come spesso vi sia un intervallo tra la conclusione del percorso diagnostico e la programmazione della terapia, determinato da motivi diversi tra i quali il fatto che il paziente e la sua famiglia, a fronte di una diagnosi grave, spesso chiedono una seconda opinione o si rivolgono ad un altro centro per avere conferma della diagnosi e delle terapie proposte. Proprio per questo motivo, considerato che nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è da tempo obbligatorio il campo "Data di Prenotazione", si è ritenuto più affidabile considerare l'intervallo temporale tra la data di prenotazione e la data di ricovero come più preciso per dimensionare questa attesa. A tale proposito si ricorda anche come già il primo Piano Nazionale sulle liste d'attesa 2006-2008 aveva reso obbligatorio l'uso dei registri di prenotazione secondo le indicazioni del progetto Mattone già citato.

Ciò che è opportuno sottolineare è in particolare il fatto che la metodologia qui esposta si basa sulla logica di realizzare i monitoraggi mediante i flussi informativi di sistema, soluzione che permette una raccolta dei dati omogenea a livello nazionale senza rilevazioni aggiuntive. Per altro, è noto che tali flussi possono presentare delle carenze e/o errori sia sistematici che episodici, ma è anche noto che, proprio per la capillarità della raccolta e la pluriennale esperienza nella loro gestione ed elaborazione, le tipologie di errori sono note e solitamente vi sono anche delle modalità gestionali per ridurre al minimo l'impatto negativo sui risultati delle elaborazioni.

Nell'ambito di attuazione del PNGLA, le problematiche da considerare per la rilevazione e l'invio dei dati regionali si dovranno articolare come di seguito riportato:

- tumore della mammella: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 ottobre 2011
- tumore del polmone: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 dicembre 2011

- tumore del colon-retto: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 dicembre 2011
- cardiopatia ischemica trattata con by-pass Aorto-Coronarico: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 dicembre 2011

Periodicità: ogni anno l'invio dei dati relativo all'anno precedente dovrà essere effettuato entro il 31 dicembre

Modalità: invio risultati complessivi regionali dell'anno precedente, per ogni percorso

Le fasi del processo di analisi

1. Scelta patologie di cui occuparsi

E' preferibile che la scelta della patologia da osservare sia chiaramente identificabile e abbia limitate possibilità di confondimento; è ragionevole concentrare l'attenzione su patologie a prevalenza significativa, sia per ottimizzare l'uso delle risorse, sia perché è più verosimile che l'ambito osservato sia rappresentativo del comportamento generale del sistema sul problema dei percorsi complessi. La scelta può anche essere condizionata dalla necessità di affrontare problemi noti (tempi lunghi, disomogeneità di comportamento) su specifiche patologie.

2. Identificazione codici ICDIX-CM per le patologie e le procedure relative

La codifica ICDIX-CM è molto specifica e permette quindi una chiara identificazione delle patologie. Molto più complesso è invece distinguere tra un primo episodio (che è l'oggetto dello studio) ed un semplice dato anamnestico. In questo senso, identificati i casi nel periodo considerato, può essere molto utile fare una ricerca negli anni precedenti per verificare se quel codice diagnostico era già comparso in precedenza per lo stesso paziente (nel qual caso potrebbe trattarsi di un dato semplicemente anamnestico); questa ricerca dovrebbe andare a ritroso per almeno 5-10 anni. In realtà, la situazione può essere molto più complessa, perché può essere influenzata dalla sopravvivenza media e dalla tendenza alla recidiva a breve o lungo termine dei diversi tipi di tumore.

Il dato può essere anche influenzato dallo "stile" locale di codifica delle diagnosi da parte dei medici.

Una modalità di pulizia abbastanza semplice, per quanto empirica, è quella di far valutare le schede a dei clinici, e che questi eliminino le situazioni meno verosimilmente connesse al problema sotto osservazione (ad esempio, non considerare le schede che hanno il tumore non in prima diagnosi, mentre invece in questa posizione vi sono altre diagnosi giustificanti un ricovero ospedaliero).

L'analisi dei codici delle procedure può essere molto più precisa per intercettare i nuovi casi, ma va anche considerato che:

- le procedure possono non essere riferite ad un primo episodio ma ad una recidiva, oppure ad una prosecuzione o completamento di un percorso già iniziato altrove;
- il primo approccio può essere stato non in regime di ricovero ma in regime ambulatoriale o svolto in altra sede
- non sempre le procedure sono riportate nella SDO in modo dettagliato e puntuale ("stile" compilativo)

Va sottolineato che le procedure che qui si indicano come oggetto da ricercare sono quelle che devono permettere di identificare i momenti essenziali del percorso, ovvero l'inizio della fase diagnostica ("prima prestazione suggestiva", vedi il successivo punto 4) di questo documento), la fine del percorso diagnostico, l'inizio della fase terapeutica, al fine di verificare che tali percorsi corrispondano a quanto previsto sia come contenuti (cosa si fa) sia come tempi (in quanto tempo si fa).

La ricerca dei dati deve essere focalizzata sui casi per i quali sia effettivamente possibile avere una tracciabilità dell'intero percorso. Per tale motivo, è opportuno che una ASL o una regione attuino le analisi esclusivamente sui pazienti assistiti, ovvero istituzionalmente in carico alle stesse, poiché in questi casi, grazie al ritorno dei dati derivati dalla mobilità interaziendale o interregionale, sarà comunque possibile tracciare i pazienti, indipendentemente da dove si sono recati per ottenere le prestazioni; in questo modo si potranno ottenere anche importanti informazioni su possibili carenze dell'offerta o della sua qualità. Se l'analisi venisse invece realizzata su tutti i casi rilevabili, essa sarebbe inevitabilmente carente, in quanto non in grado di conoscere l'intero percorso di tutti i pazienti in carico assistenziale presso altre aziende o regioni.

3. Condivisione percorsi con gli specialisti

E' necessario discutere e condividere i percorsi descritti con tutti gli specialisti e le professionalità effettivamente coinvolte negli stessi. Ciò significa che non è sufficiente confrontarsi solo con gli specialisti che hanno prevalentemente in carico il paziente (ad esempio, i chirurghi e gli oncologi), ma anche tutti coloro che sono comunque coinvolti nel percorso (radiologi, radioterapisti, anatomo-patologi ecc.) oltre che con i soggetti che operativamente gestiscono fasi del percorso (direzione sanitaria, servizi di prenotazione, servizi informativi ecc.); tutto ciò al fine di avere un quadro che descriva effettivamente i reali percorsi del paziente nell'organizzazione aziendale, in quanto può capitare che i percorsi ideali trovino delle situazioni locali che ne modificano o adattano lo svolgimento (a volte in modo positivo, a volte in modo negativo) che è necessario conoscere in dettaglio, sia per comprendere appieno la situazione sia, ove necessario, per intervenire per migliorare l'organizzazione.

E' necessario precisare in dettaglio le singole prestazioni che vengono eseguite e che esse siano identificate in modo preciso con i rispettivi codici.

Nel caso si desideri svolgere degli approfondimenti mirati a meglio comprendere i fenomeni osservati, è opportuno, in fase di ricerca e di analisi dei dati relativi ai singoli percorsi, suddividere e raggruppare i ricoveri per tipologia e stadiazione (valutazione di gravità) del tumore diagnosticato e, conseguentemente, di intervento (più o meno invasivo) cui il paziente è stato sottoposto, al fine di prevedere la diversificazione delle successive fasi terapeutiche che egli deve ancora affrontare o di cui non ha più alcuna necessità, in relazione ai protocolli previsti.

4. Identificazione della "prima procedura suggestiva" per la patologia scelta

La "prima procedura suggestiva" è la prestazione che permette di comprendere che si è passati da un generico sospetto (a bassa sensibilità) ad un "sospetto consistente", ovvero che lo specialista ha ritenuto che vi siano elementi consistenti per avviare un percorso diagnostico di approfondimento, che corrisponde a quello descritto nel punto precedente. Infatti, come noto, ogni giorno vengono richieste un'enorme quantità di prestazioni a fronte di sospetti generici e solo una piccolissima parte di questi rivela una reale possibilità di presenza della patologia in causa; quando questo si verifica, lo specialista attiva il reale

percorso di approfondimento/completamento diagnostico. Come definito nella relazione finale del progetto Mattone "Tempi d'Attesa", per ogni profilo di diagnosi e cura, appropriato per ciascuna malattia neoplastica, è necessario individuare le procedure diagnostiche suggestive che, in modo specifico e sensibile, consentano di identificare sia il momento del "sospetto diagnostico consistente", sia gli interventi terapeutici successivi, correlabili a quella patologia, per rintracciare nel sistema informativo i marcatori da rilevare per il monitoraggio del percorso e per calcolare correttamente gli intervalli tra una tappa e l'altra.

La "prima procedura suggestiva" è quella che permette di "datare" l'inizio dell'effettivo percorso diagnostico, e che quindi permetterà successivamente di misurare l'effettivo tempo necessario per passare dal sospetto alla diagnosi, alla decisione terapeutica (ricordiamo che questo tempo, secondo le indicazioni nazionali, dovrebbe essere contenuto entro i 30 giorni complessivi) ed alla effettiva attuazione della terapia.

5. Estrazione ed analisi dei dati SDO relativi ai primi ricoveri

La metodologia qui descritta prevede l'identificazione dei casi da osservare partendo dall'inizio della fase terapeutica, che solitamente inizia con un ricovero ospedaliero (in regime ordinario o diurno). E' per questo motivo che la procedura inizia con l'estrazione e l'analisi dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera. I codici da ricercare saranno quelli già descritti al precedente punto 2, con le cautele ivi segnalate, in particolare quelle necessarie per identificare il "primo ricovero". Vale la pena di ribadire come la qualità della codifica influenza la semplicità dell'analisi, che spesso può richiedere una lettura diretta da parte di un esperto degli elenchi dei casi selezionati. E' opportuno scegliere un periodo del quale si posseggono i dati completi, ovvero comprensivi dei dati della mobilità inter-regionale.

Bisogna però considerare che per alcune patologie (es.: tumori della cervice uterina o del colon-retto) il percorso di molti pazienti, soprattutto se intercettati in fase iniziale, può avvenire completamente in regime ambulatoriale; in questi casi, quindi, l'approccio qui descritto (che parte dalla SDO) si riferisce prevalentemente ai casi più critici e diagnosticati in una fase avanzata, e come tale andrà successivamente interpretato.

6. Identificazione del codice paziente per la tracciabilità nei flussi informativi

Una volta identificati i primi ricoveri, vanno identificati i pazienti il cui percorso dovrà essere osservato, e quindi dovrà essere estratto il loro codice necessario per seguire i percorsi nei diversi flussi informativi. Il codice necessario potrebbe essere, a seconda dei casi, il codice fiscale od il codice sanitario regionale, essendo ambedue in molti casi ancora utilizzati a seconda del flusso considerato. La frequenza degli errori di digitazione dei codici rende opportuno fare anche delle verifiche incrociate con l'anagrafe sanitaria, per una maggiore precisione. La procedura deve ovviamente avvenire nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy, anche se queste analisi sono motivate dalla volontà di verifica che il cittadino ha effettivamente potuto usufruire di cure appropriate in tempi congrui.

7. Ricerca nei flussi informativi della "prima procedura suggestiva" per la patologia per ciascun paziente

La precedente fase 5. ha permesso di identificare i singoli pazienti che hanno svolto il percorso diagnostico oggetto dell'analisi. Con i codici indicati nel punto precedente, per ognuno di essi dovrebbero essere ricercate le "prime procedure" descritte al precedente punto 4.

Questa fase può risentire dei modelli organizzativi locali e della mobilità dei pazienti, ad esempio dalla consuetudine a svolgere determinate procedure in modalità ambulatoriale, in Day Hospital o in ricovero ordinario; nel caso dei ricoveri, le singole procedure svolte potrebbero non essere segnalate in modo dettagliato nelle SDO, e quindi non apparire nei flussi informativi.

L'arco temporale nel quale ricercare le prestazioni può variare in funzione dei tempi di attesa locali, dell'organizzazione dei servizi, dell'aggressività stimata del tumore o comunque dell'attesa di vita per la patologia. Si ritiene ragionevole svolgere la ricerca almeno nei 12 mesi precedenti il primo ricovero a scopo terapeutico.

Può essere molto utile confrontare i risultati di queste analisi con eventuali studi clinici od organizzativi realizzati ad hoc nello stesso ambito.

Un elemento informativo particolarmente utile può essere la data del referto istologico, che è l'elemento di maggiore precisione diagnostica che permette l'avvio delle decisioni terapeutiche. Per altro, come noto, questo dato è difficile da ottenere, come pure può essere successivo, ovvero prodotto quando la fase terapeutica è già iniziata (prelievo durante intervento chirurgico). Per questi motivi, si utilizza normalmente la data di accettazione del campione, sebbene questo costituisca un bias evidente non ben dimensionabile.

8. Analisi dei problemi metodologici e procedurali riscontrati

Una forte criticità può essere determinata dalla incompletezza delle informazioni o dalla apparente discontinuità del percorso dei pazienti, effetto che può essere determinato da diversi fattori, quali i seguenti:

- la fase iniziale (e talvolta anche parti delle fasi successive) può essersi svolta in regime privato a pagamento: in questo caso le informazioni possono sfuggire completamente alla possibilità di monitoraggio dai sistemi informativi;
- molte prestazioni (specie nelle strutture pubbliche), sebbene svolte, non sono puntualmente registrate nei sistemi informativi; in altri casi sono registrate, ma su sistemi informativi dedicati (di radiologia, di anatomia patologica ecc.) che non comunicano in modo preciso con i sistemi informativi istituzionali;
- una o più fasi (specie le fasi terapeutiche) possono essersi svolte presso centri di riferimento extraregionali; in questo caso le informazioni ritornano ai sistemi informativi nell'ambito della mobilità interregionale, ma solitamente verso la metà dell'anno successivo.

Per la corretta interpretazione dei dati è quindi necessario conoscere gli specifici contesti, i modelli organizzativi, i tempi di attesa ecc..

I tempi d'attesa lunghi possono anche determinare degli effetti paradossali: può accadere che una prestazione venga ripetuta a ridosso dell'inizio della terapia, in quanto il percorso è durato a lungo ed i clinici possono decidere di ripeterla prima di intervenire (es.: TAC); una lettura non attenta potrebbe quindi fornire una dimensione temporale del percorso non corrispondente alla realtà, ma erroneamente molto più breve. Al contrario, certi esami possono determinare incertezza al primo rilievo (es.: mammografia, Paptest) e venire ripetuti a distanza di alcuni mesi (come indicato dalle linee guida); potrebbe quindi essere il controllo a mettere in moto il percorso diagnostico vero, e quindi è quest'ultima data da considerare.

9. Uso dei risultati

Il metodo proposto permette di realizzare l'analisi dei singoli casi, ma il dato di maggior rilievo non è quello relativo al singolo paziente, ma lo studio della tendenza generale del fenomeno, ovvero dello svolgimento del percorso complesso, al fine di identificarne possibili criticità da affrontare in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Pertanto, la lettura dei percorsi deve essere vista in una logica di sistema, di analisi organizzativa mirante all'ottimizzazione di efficacia, umanizzazione, efficienza, appropriatezza, tempestività; quindi, identificare possibili problemi organizzativi nei percorsi complessi, al fine di ottimizzare le risorse ed i tempi. La lettura deve essere per area, ed il risultato atteso sono azioni di riorganizzazione.

Alla luce di quanto detto, se ne può derivare che il focus non è tanto sulla raccolta puntuale e precisa di tutti i casi realmente verificatisi, ma è più sull'andamento complessivo dei percorsi, lo stile gestionale dei processi, il quadro organizzativo generale del contesto in cui il percorso si realizza.

Pertanto, i risultati devono essere condivisi con quegli stessi specialisti e professionisti che hanno partecipato alla fase iniziale, al fine di ricercare le modalità più opportune per migliorare le situazioni di criticità identificate.

Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa – 2010-2012

Metodologia per la verifica dei tempi d'attesa dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici

SCHEMA procedura per il monitoraggio del

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (PDT) : NEOPLASIA COLON-RETTO

PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (TDA)		Regione.....	
		Dati numerici	Specifiche
STEP 1 INDIVIDUAZIONE SDO	<p>FONTE: flusso regionale SDO ANNO: _____ (data di dimissione compresa tra il 1° gennaio e il 31 dicembre _____); per il 2010 si considerano solo i ricoveri del secondo semestre (data di dimissione compresa tra il 1° luglio ed il 31 dicembre 2010) ONERE DEGENZA: SSN (1 ricovero a totale carico SSN; 2 ricovero a carico SSN con differenza alberghiera) AMBITO DI RILEVAZIONE: regionale IDENTIFICAZIONE CASI: pazienti residenti nella Regione che effettua la rilevazione; viene esclusa la mobilità attiva e passiva TIPOLOGIA RICOVERO: solo ricoveri ordinari programmati (per coerenza rispetto all'obbligatorietà sulla data di prenotazione sulla SDO)</p>	Popolazione al 31/12/ _____	<p><u>Si escludono dal monitoraggio i ricoveri in ALPI;</u> ciascuna regione si impegna a fare verifiche al proprio interno sui volumi di attività.</p> <p><u>Si esclude dal monitoraggio la mobilità attiva e passiva</u> in considerazione del fatto che spesso in questi casi non è indicata la data di prenotazione del ricovero e si ritiene utile rilevare i PDT erogati all'interno di ciascuna regione per i propri residenti. Può essere utile una quantificazione dei ricoveri non programmati per una verifica.</p>
STEP 2 IDENTIFICAZIONE CASI PREVALENTI	<p>Estrazione delle SDO in cui, sono presenti i codici di diagnosi <u>in principale</u> (vedi Tabella 1), ed almeno un codice di procedura (vedi Tabella 2) ricercati in tutti i campi dedicati agli interventi chirurgici. Si ordinano i ricoveri per paziente e data di ricovero e, in caso di ricoveri ripetuti, si seleziona per ciascun paziente il primo ricovero nell'anno. In questo modo si passa da ricoveri a pazienti</p>	N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (prevalenti) _____	

	prevalenti nel periodo considerato.		
STEP 3 IDENTIFICAZIONE CASI INCIDENTI	Esclusione delle SDO relative a pazienti che hanno avuto ricoveri (ordinari/DH/DS) <u>nei 5 anni precedenti</u> sia in attività istituzionale che ALPI (vanno considerati tutti i codici “onere di degenza”) con una delle diagnosi della Tabella 1 , ricercata in qualunque posizione (principale o secondaria), tranne quelli degli ultimi 6 mesi che hanno solo diagnosi senza codici di procedure terapeutiche .	N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) _____	Per una precisa identificazione dei nuovi casi vanno eliminati tutti quelli che hanno anche solo la diagnosi (in qualunque posizione) nei cinque anni precedenti, anche senza procedura, tranne quelli degli ultimi sei mesi con solo diagnosi senza procedura; infatti questi ultimi potrebbero essere i ricoveri diagnostici precedenti la terapia.
STEP 4 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI L'AVVIO DELLA FASE DIAGNOSTICA	Per ciascun caso selezionato allo step 3, si ricercano nei 6 mesi precedenti il ricovero: le prestazioni traccianti l'avvio (Tabella 3 A e B) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale e nel flusso SDO	N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l'inizio della fase diagnostica _____	Si cercano le prestazioni diagnostiche sia sul flusso SDO (ICD-9-CM) che sul flusso ambulatoriale (codici nomenclatore) In tal modo si identifica l'inizio della fase diagnostica per ciascun caso. <u>Prestazioni di avvio fase diagnostica:</u> esame endoscopico del colon retto nelle diverse tipologie; se sono trovati più di uno, va considerato quello più vicino alla data del ricovero, perché i precedenti sono probabilmente esami non risultati significativi.
STEP 5 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI LA FINE DELLA FASE DIAGNOSTICA	Per ciascun caso selezionato allo step 4, si ricercano le prestazioni traccianti la fine del percorso diagnostico (Tabella 4 A e B) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale e nel flusso SDO, con data di erogazione successiva rispetto	N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto	Si cercano le prestazioni diagnostiche sul flusso SDO riconducendo i codici della tabella 4 A e B , relativi rispettivamente alla assistenza specialistica ambulatoriale ed all'ICD-9-CM validi per la codifica SDO (perché possono essere diversi).

	alle prestazioni elencate nelle tabelle 3 A e B.	almeno una prestazione tracciante l'inizio e la fine della fase diagnostica _____	In tal modo si identifica la fine della fase diagnostica per ciascun caso <u>Prestazioni di conclusione fase diagnostica:</u> esami istopatologici nelle diverse varianti di codice, Clisma opaco, TAC addome; va considerato quello con la data più vicina alla data del ricovero.
STEP 6 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE DIAGNOSTICA	Si calcola il tempo di attesa per la fase diagnostica per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di erogazione della prestazione tracciante di fine della fase diagnostica e la data di erogazione della prestazione tracciante di avvio della fase diagnostica</u>	N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti	Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi rinviati a controlli successivi o gli accertamenti a esito inizialmente negativo che successivamente hanno avuto esordio clinico.
STEP 7 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE TERAPEUTICA	Si calcola il tempo di attesa per la fase terapeutica (fonte:SDO) per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di ammissione al ricovero e la data di prenotazione del ricovero.</u>	N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti	La data di prenotazione nella SDO rappresenta l'inizio della fase terapeutica (cioè il momento in cui lo specialista decide di programmare l'intervento), mentre la data di ammissione rappresenta la fine della fase terapeutica. Se manca la data di prenotazione il caso viene escluso dall'analisi (possibili casi di errore di compilazione SDO)

TABELLA 1 Codici ICD-IX-CM di diagnosi per estrazione dei dati dalle SDO

153.XX	CA DEL COLON
154.XX	CA DEL SIGMA RETTO ANO
230.3	CARCINOMA IN SITU DEL COLON
230.4	CARCINOMA IN SITU DEL RETTO
230.5	CARCINOMA IN SITU DELL'ANO
230.6	CARCINOMA IN SITU DEL CANALE ANALE NAS

TABELLA 2 Codici ICD-IX-CM di procedure per estrazione dei dati dalle SDO

45.4X	interventi sul colon
45.7X	asportazione parziale del colon
45.8	asportazione totale del colon
45.9X	anastomosi intestinale
46.XX	altri interventi sull'intestino

TABELLA 3A – Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella specialistica ambulatoriale - codici nomenclatore
(si prende la più vicina al ricovero)

45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA

TABELLA 3B – Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella SDO – codici ICDIX CM
(si prende la più vicina al ricovero)

45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO

45.43	ASPORTAZIONE E DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO
--------------	---

TABELLA 4A – Prestazioni traccianti la conclusione della fase diagnostica del percorso-specialistica ambulatoriale
(si prende la più vicina al ricovero)

91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple).
91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola).
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica).
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple).
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE Non Associabile A Clisma Con Doppio Contrasto (87.65.2)
87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO Non Associabile A Clisma Opaco Semplice (87.65.1)
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO.
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO.

TABELLA 4B – Prestazioni traccianti la conclusione della fase diagnostica del percorso nella SDO – codici ICDIX CM
(si prende la più vicina al ricovero)

88.01	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME
88.02	ALTRA TOMOGRAFIA ADDOMINALE

SCHEMA procedura per il monitoraggio del

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (PDT) : NEOPLASIA POLMONE

PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DEI TDA		Regione.....	
		Dati numerici	Specifiche
STEP 1 INDIVIDUAZIONE SDO	<p>FONTE: flusso regionale SDO</p> <p>ANNO: _____ (data di dimissione compresa tra il 1° gennaio e il 31 dicembre _____); per il 2010 si considerano solo i ricoveri del secondo semestre (data di dimissione compresa tra il 1° luglio ed il 31 dicembre 2010)</p> <p>ONERE DEGENZA: SSN (1 ricovero a totale carico SSN; 2 ricovero a carico SSN con differenza alberghiera)</p> <p>AMBITO DI RILEVAZIONE: regionale</p> <p>IDENTIFICAZIONE CASI: pazienti residenti nella Regione che effettua la rilevazione; viene esclusa la mobilità attiva e passiva</p> <p>TIPOLOGIA RICOVERO: solo ricoveri ordinari programmati (per coerenza rispetto all'obbligatorietà sulla data di prenotazione sulla SDO)</p>	<p>Popolazione al 31/12/ _____</p>	<p><u>Si escludono dal monitoraggio i ricoveri in ALPI;</u> ciascuna regione si impegna a fare verifiche al proprio interno sui volumi di attività</p> <p><u>Si esclude dal monitoraggio la mobilità attiva e passiva</u> in considerazione del fatto che spesso in questi casi non è indicata la data di prenotazione del ricovero e si ritiene utile rilevare i PDT erogati all'interno di ciascuna regione per i propri residenti.</p> <p>Può essere utile una quantificazione dei ricoveri non programmati per una verifica.</p>
STEP 2 IDENTIFICAZIONE CASI PREVALENTI	<p>Estrazione delle SDO in cui, sono presenti i codici di diagnosi <u>in principale</u> (vedi Tabella 1), ed almeno un codice di procedura (vedi Tabella 2) ricercati in tutti i campi dedicati agli interventi chirurgici. Si ordinano i ricoveri per paziente e data di ricovero e, in caso di ricoveri ripetuti, si seleziona per ciascun paziente il primo ricovero nell'anno. In questo modo si passa da ricoveri a pazienti prevalenti nel periodo considerato.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (prevalenti)</p>	

STEP 3 IDENTIFICAZIONE CASI INCIDENTI	<p>Esclusione delle SDO relative a pazienti che hanno avuto ricoveri (ordinari/DH/DS) <u>nei 5 anni precedenti</u> sia in attività istituzionale che ALPI (vanno considerati tutti i codici “onere di degenza”) con una delle diagnosi della Tabella 1, ricercata in qualunque posizione (principale o secondaria), tranne quelli degli ultimi 6 mesi che hanno solo diagnosi senza codici di procedure terapeutiche</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti)</p> <p>_____</p>	<p>Per una precisa identificazione dei nuovi casi vanno eliminati tutti quelli che hanno anche solo la diagnosi (in qualunque posizione) nei cinque anni precedenti, anche senza procedura, tranne quelli degli ultimi sei mesi con solo diagnosi senza procedura; infatti questi ultimi potrebbero essere i ricoveri diagnostici precedenti la terapia.</p>
STEP 4 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI L’INIZIO DELLA FASE DIAGNOSTICA	<p>Per ciascun caso selezionato allo step 3, si ricercano nei 6 mesi precedenti il ricovero: le prestazioni traccianti l’avvio (Tabella 3 A e B) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale e nel flusso SDO</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l’inizio della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Si cercano le prestazioni diagnostiche sia sul flusso SDO (ICD-9-CM) che sul flusso ambulatoriale (codici nomenclatore) In tal modo si identifica l’inizio della fase diagnostica per ciascun caso.</p>
STEP 5 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI LA FINE DELLA FASE DIAGNOSTICA	<p>Per ciascun caso selezionato allo step 4, si ricercano le prestazioni traccianti la fine del percorso diagnostico (Tabella 4) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale, con data di erogazione successiva rispetto alle prestazioni elencate nelle tabelle 3 A e B.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l’inizio e la fine della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Si cercano le prestazioni diagnostiche con i codici della tabella 4, sul flusso della assistenza specialistica ambulatoriale. In tal modo si identifica la fine della fase diagnostica per ciascun caso</p>

STEP 6 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE DIAGNOSTICA	Si calcola il tempo di attesa per la fase diagnostica per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di erogazione della prestazione tracciante di fine della fase diagnostica e la data di erogazione della prestazione tracciante di avvio della fase diagnostica</u>	N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti	Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi rinviati a controlli successivi o gli accertamenti a esito inizialmente negativo che successivamente hanno avuto esordio clinico.
STEP 7 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE TERAPEUTICA SDO	Si calcola il tempo di attesa per la fase terapeutica (fonte:SDO) per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di ammissione al ricovero e la data di prenotazione del ricovero.</u>	N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti	La data di prenotazione nella SDO rappresenta l'inizio della fase terapeutica (cioè il momento in cui lo specialista decide di programmare l'intervento), mentre la data di ammissione rappresenta la fine della fase terapeutica. Se manca la data di prenotazione il caso viene escluso dall'analisi (possibili casi di errore di compilazione SDO)

N.B: In base ai criteri di selezione si sottolinea che vengono esclusi a priori i pazienti che fanno solo radio e chemio come fase terapeutica principale.

TABELLA 1 Codici ICD-IX-CM di diagnosi per estrazione dei dati dalle SDO

162X	Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni
2312	Carcinomi in situ di bronchi e polmoni

TABELLA 2 Codici ICD-IX-CM di procedure per estrazione dei dati dalle SDO

3201	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi
3209	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi
321	Altra asportazione dei bronchi
3223	Ablazione a cielo aperto di lesione o tessuto polmonare
3224	Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
3225	Ablazione per via toracoscopica di lesione o tessuto polmonare
3226	Altra e non specificata ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
3228	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del polmone
3229	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del polmone
323	Resezione segmentale del polmone
324	Lobectomia del polmone
325	Pneumonectomia completa
326	Dissezione radicale delle strutture toraciche
329	Altra asportazione del polmone

TABELLA 3A – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti l'avvio del percorso-specialistica ambulatoriale – codici nomenclatore

87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO.
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE.
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO.
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO.
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO.
88.01.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) PER STADIAZIONE ONCOLOGICA. TC cranio, torace ed addome superiore TC torace, addome superiore ed addome inferiore
33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE. Tracheobroncoscopia esplorativa Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)

33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA].
33.26	BIOPSIA CHIUSA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL POLMONE
33.27	BIOPSIA ENDOSCOPICA DEL POLMONE

TABELLA 3B – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti l'avvio del percorso nella SDO – codici ICDIX CM

87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO.
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE.
88.01	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME
33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE.
33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA].
33.25	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI BRONCHI
33.26	BIOPSIA CHIUSA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL POLMONE
33.27	BIOPSIA ENDOSCOPICA DEL POLMONE

TABELLA 4 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti la conclusione del percorso nella specialistica ambulatoriale – codici nomenclatore

91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica).
91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple).
91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple).

SCHEMA procedura per il monitoraggio del

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (PDT):

NEOPLASIA MAMMELLA

PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DEI TDA		Regione.....	
		Dati numerici	Specifiche
<p>STEP 1 INDIVIDUAZIONE SDO</p>	<p>FONTE: flusso regionale SDO ANNO: _____ (data di dimissione compresa tra il 1° gennaio e il 31 dicembre _____); per il 2010 si considerano solo i ricoveri del secondo semestre (data di dimissione compresa tra il 1° luglio ed il 31 dicembre 2010) ONERE DEGENZA: SSN (1 ricovero a totale carico SSN; 2 ricovero a carico SSN con differenza alberghiera) AMBITO DI RILEVAZIONE: regionale IDENTIFICAZIONE CASI: pazienti residenti nella Regione che effettua la rilevazione; viene esclusa la mobilità attiva e passiva TIPOLOGIA RICOVERO: solo ricoveri ordinari programmati (per coerenza rispetto all'obbligatorietà sulla data di prenotazione sulla SDO)</p>	<p>Popolazione al 31/12/ _____</p>	<p><u>Si escludono dal monitoraggio i ricoveri in ALPI;</u> ciascuna regione si impegna a fare verifiche al proprio interno sui volumi di attività</p> <p><u>Si esclude dal monitoraggio la mobilità attiva e passiva</u> in considerazione del fatto che spesso in questi casi non è indicata la data di prenotazione del ricovero e si ritiene utile rilevare i PDT erogati all'interno di ciascuna regione per i propri residenti.</p> <p>Può essere utile una quantificazione dei ricoveri non programmati per una verifica.</p>
<p>STEP 2 IDENTIFICAZIONE CASI PREVALENTI</p>	<p>Estrazione delle SDO in cui, sono presenti i codici di diagnosi <u>in principale</u> (vedi Tabella 1), ed almeno un codice di procedura (vedi Tabella 2) ricercati in tutti i campi dedicati agli interventi chirurgici. Si ordinano i ricoveri per paziente e data di ricovero e, in caso di ricoveri ripetuti, si seleziona per ciascun paziente il primo ricovero nell'anno. In questo modo si passa da ricoveri a pazienti prevalenti nel periodo considerato.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (prevalenti)</p>	

STEP 3 IDENTIFICAZIONE CASI INCIDENTI	<p>Esclusione delle SDO relative a pazienti che hanno avuto ricoveri (ordinari/DH/DS) <u>nei 5 anni precedenti</u> sia in attività istituzionale che ALPI (vanno considerati tutti i codici “onere di degenza”) con una delle diagnosi della Tabella 1, ricercata in qualunque posizione (principale o secondaria), tranne quelli degli ultimi 6 mesi che hanno solo diagnosi senza codici di procedure terapeutiche..</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti)</p> <p>_____</p>	<p>Per una precisa identificazione dei nuovi casi vanno eliminati tutti quelli che hanno anche solo la diagnosi (in qualunque posizione) nei cinque anni precedenti, anche senza procedura, tranne quelli degli ultimi sei mesi con solo diagnosi senza procedura; infatti questi ultimi potrebbero essere i ricoveri diagnostici precedenti la terapia.</p>
STEP 4 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI L’INIZIO DELLA FASE DIAGNOSTICA	<p>Per ciascun caso selezionato allo step 3, si ricercano nei 6 mesi precedenti il ricovero: le prestazioni traccianti l’avvio (Tabella 3) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale e nel flusso SDO</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l’inizio della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Si cercano le prestazioni diagnostiche sul flusso prestazioni ambulatoriali con i codici della tabella 3. In tal modo si identifica l’inizio della fase diagnostica per ciascun caso. <u>Prestazioni di inizio fase diagnostica:</u> mammografia; in assenza di questa, si può considerare l’ecografia della mammella; in entrambi i casi, se se ne trovano più di una, si considera la più vicina alla data del ricovero</p>
STEP 5 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI LA FINE DELLA FASE DIAGNOSTICA	<p>Per ciascun caso selezionato allo step 4, si ricercano le prestazioni traccianti la fine del percorso diagnostico (Tabella 4) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale (gli esami di citoistologia non sono normalmente codificati nella SDO), con data di erogazione successiva rispetto alle prestazioni elencate nelle tabelle 3.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l’inizio e la fine della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Si cercano le prestazioni diagnostiche con i codici della tabella 4 nel flusso dell’assistenza specialistica ambulatoriale. In tal modo si identifica la fine della fase diagnostica per ciascun caso <u>Prestazioni di fine fase diagnostica:</u> esami istocitopatologici nella varianti di codice (si prende il più vicino al ricovero).</p>

STEP 6 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE DIAGNOSTICA	Si calcola il tempo di attesa per la fase diagnostica per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di erogazione della prestazione tracciante di fine della fase diagnostica e la data di erogazione della prestazione tracciante di avvio della fase diagnostica</u>	N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti	Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi rinviati a controlli successivi o gli accertamenti a esito inizialmente negativo che successivamente hanno avuto esordio clinico.
STEP 7 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE TERAPEUTICA SDO	Si calcola il tempo di attesa per la fase terapeutica (fonte:SDO) per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di ammissione al ricovero e la data di prenotazione del ricovero.</u>	N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti	La data di prenotazione nella SDO rappresenta l'inizio della fase terapeutica (cioè il momento in cui lo specialista decide di programmare l'intervento), mentre la data di ammissione rappresenta la fine della fase terapeutica. Se manca la data di prenotazione il caso viene escluso dall'analisi (possibili casi di errore di compilazione della SDO)

TABELLA 1 Codici ICD-IX-CM di diagnosi per estrazione dei dati dalle SDO

174X Tumori maligni della mammella della donna
175X Tumori maligni della mammella dell'uomo
2330 Carcinomi in situ della mammella
2383 Tumori di comportamento incerto della mammella

TABELLA 2 Codici ICD-IX-CM di procedure per estrazione dei dati dalle SDO

852X	Asportazione o demolizione di tessuto della mammella
854X	Mastectomia

TABELLA 3 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti l'avvio del percorso nella specialistica ambulatoriale – codici nomenclatore

87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale
88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA.

TABELLA 4 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti la conclusione del percorso-specialistica ambulatoriale

91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica.
91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulectomia.
91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas.

SCHEDA procedura per il monitoraggio del

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (PDT) : BY PASS AORTOCORONARICO

PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DEI TDA		Regione.....	
		Dati numerici	Specifiche
STEP 1 INDIVIDUAZIONE SDO	<p>FONTE: flusso regionale SDO ANNO: _____ (data di dimissione compresa tra il 1° gennaio e il 31 dicembre _____); per il 2010 si considerano solo i ricoveri del secondo semestre</p> <p>ONERE DEGENZA: SSN (codice 1 ricovero a totale carico SSN; codice 2 ricovero a carico SSN con differenza alberghiera) AMBITO DI RILEVAZIONE: regionale IDENTIFICAZIONE CASI: pazienti residenti nella Regione che effettua la rilevazione; viene esclusa la mobilità attiva e passiva REGIONE EROGANTE RICOVERI: Regione che effettua la rilevazione TIPOLOGIA RICOVERO: solo ricoveri ordinari programmati, per coerenza rispetto all'obbligatorietà sulla data di prenotazione sulla SDO (codice 1 ricovero programmato non urgente; codice 4 ricovero programmato con preospedalizzazione)</p>	Popolazione al 31/12/ _____	<p><u>Si escludono dal monitoraggio i ricoveri in ALPI;</u> ciascuna regione si impegna a fare verifiche al proprio interno sui volumi di attività.</p> <p><u>Si esclude dal monitoraggio la mobilità attiva e passiva</u> in considerazione del fatto che si ritiene utile rilevare i PDT erogati all'interno di ciascuna regione per i propri residenti.</p> <p>Può essere utile una quantificazione dei ricoveri non programmati per una verifica.</p>
STEP 2 IDENTIFICAZIONE CASI PREVALENTI	Estrazione SDO con procedure d'intervento corrispondenti alla famiglia di codici della Tabella 1 , in qualsiasi campo degli interventi, escludendo i casi in cui è concomitante una procedura di intervento sulle valvole cardiache (cod. ICD-IX-CM 35.1X, 35.2X, 35.3X)	N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (prevalenti) _____	Vanno selezionati solo i ricoveri attribuiti alla MDC 5-malattie del sistema cardiocircolatorio. I casi senza data di prenotazione del ricovero vanno esclusi (possibile errore di compilazione della SDO). Sono esclusi i casi di concomitante intervento sulle valvole cardiache, poiché l'indicazione al BPAC, in questi casi, non è quella prevalente.

<p>STEP 3 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI L'INIZIO DELLA FASE DIAGNOSTICA</p>	<p>Per ciascun caso selezionato nello step 2, si deve ricercare, nei 180 giorni precedenti la data di ammissione al ricovero terapeutico, almeno una delle prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica, di cui alla Tabella 3 A e 3B.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante di inizio della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Le procedure della Tabella 3A e 3B devono essere cercate sia nel flusso dell'assistenza specialistica ambulatoriale che nel flusso SDO, per qualsiasi MDC. Se si rilevano più prestazioni della Tabella 3 nei 6 mesi precedenti, va selezionato il record con la data più vicina a quella del ricovero terapeutico; se sono state svolte in regime di ricovero, si deve considerare la data di ammissione. Devono essere inclusi anche i casi in cui la data del ricovero durante il quale è stata effettuata la prestazione della Tabella 3B coincida con l'episodio in cui è stata effettuata la coronarografia (vedi step 4). La data identificata durante tale step rappresenta il riferimento per l'inizio della fase diagnostica, cioè il momento in cui lo specialista formula l'indicazione all'esecuzione della coronarografia.</p>
<p>STEP 4 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI LA CONCLUSIONE DELLA FASE DIAGNOSTICA</p>	<p>Per ciascun paziente selezionato allo step 3, nel flusso SDO si ricercano le prestazioni traccianti della conclusione della fase diagnostica (Tabella 2) in qualsiasi campo degli interventi, con data di erogazione successiva rispetto alle prestazioni elencate nelle Tabelle 3.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l'inizio e la conclusione della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Per la ricerca delle coronarografie (Tabella 2) non deve essere effettuata alcuna selezione sulla MDC. La ricerca va effettuata, per ciascun caso individuato allo step. 3, a partire dalla data di ammissione al ricovero terapeutico. Nel caso si trovino più episodi di ricovero durante i quali è stata effettuata una procedura di cui alla Tabella 2, si deve selezionare l'episodio di ricovero più vicino a quello durante il quale è stato eseguito l'intervento di BPAC: può, quindi, accadere che il ricovero in cui è stata effettuata la coronarografia coincida con quello in cui è stato eseguito il BPAC. In ogni caso, la data di ammissione al ricovero, durante il quale è stata effettuata la coronarografia (Tab. 2), sarà considerata quella di riferimento per la conclusione del percorso diagnostico.</p>

STEP 5 SELEZIONE DEI CASI UTILIZZABILI PER IL CALCOLO DEI TEMPI D'ATTESA DELLE DUE FASI DEL PDT	<p>Dopo aver individuato i casi a seguito dell'applicazione delle procedure di cui agli step 3 e 4, al fine di selezionare la casistica utilizzabile per il calcolo dei tempi d'attesa, devono essere esclusi i casi in cui le date di inizio e fine di entrambe le fasi siano tutte e quattro uguali, poiché si deve ritenere che si sia trattato, verosimilmente, di casi urgenti codificati erroneamente come programmati.</p>	<p>N° pazienti che hanno effettuato un BPAC in regime di ricovero programmato, di cui sono disponibili tutte le date per l'analisi delle due fasi del PDT.</p> <p>_____</p>	
STEP 6 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE DIAGNOSTICA	<p>Per i casi del campione di studio selezionati con la procedura dello step 5, si calcola il tempo di attesa per la fase diagnostica: <u>differenza tra la data di erogazione della prestazione tracciante conclusiva della fase diagnostica (step 4) e la data di erogazione della prestazione tracciante dell'avvio (step 3)</u></p>	<p>N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti 	<p>Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi (ad es: casi rinviati a controlli successivi o con accertamenti a esito inizialmente negativo che successivamente hanno avuto esordio clinico della patologia ischemica).</p>
STEP 7 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE TERAPEUTICA SDO	<p>Per i casi del campione di studio selezionati con la procedura dello step 5, si calcola il tempo di attesa per la fase terapeutica: <u>differenza tra la data di ammissione al ricovero e la data di prenotazione del ricovero (fonte SDO).</u></p>	<p>N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti 	<p>La data di prenotazione nella SDO rappresenta l'inizio della fase terapeutica (cioè il momento in cui lo specialista decide di programmare il BPAC), mentre la data di ammissione rappresenta la fine della fase terapeutica.</p> <p>Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi (ad es: casi in cui la data di prenotazione del ricovero è antecedente all'inizio della fase diagnostica).</p> <p>Se manca la data di prenotazione il caso viene escluso dall'analisi (eventuali casi di errore di compilazione della SDO)</p>

TABELLA 1 Codici ICD-IX-CM di interventi per estrazione dei dati dalle SDO

36.1X	BYPASS AORTOCORONARICO PER RIVASCOLARIZZAZIONE CARDIACA
-------	---

TABELLA 2 Prestazioni traccianti la conclusione della fase diagnostica nella SDO – codici ICDIX CM

(si prende la più vicina al ricovero)

88.55	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERE SINGOLO
88.56	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERE DOPPIO
88.57	ALTRA E NON SPECIFICATA ARTERIOGRAFIA CORONARIA

TABELLA 3A – Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella specialistica ambulatoriale – codici nomenclatore

(si prende la più vicina al ricovero)

PROVE DA SFORZO:	
89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
SCINTIGRAFIE:	
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO.
92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3
92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS). Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa
92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO
ECOSTRESS:	
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologia
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologia
TC CUORE:	
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.2, 87.03.3), Studio fisico-dosimetrico (92.29.5)
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]

88.90.2 RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.2, 87.03.3), Studio fisico-dosimetrico (92.29.5)
RM CUORE:
88.92.3 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE
88.92.4 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO
88.92 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE

TABELLA 3B – Prestazioni traccianti l’inizio della fase diagnostica del percorso nella SDO – codici ICDIX CM

(si prende la più vicina al ricovero)

89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE
92.05	SCINTIGRAFIA CARDIOVASCOLARE ED EMATOPOIETICA E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO
88.72	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CUORE
88.73	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DI ALTRE SEDI DEL TORACE
87.41	TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) DEL TORACE
87.42	ALTRA TOMOGRAFIA TORACICA
88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) DEL TORACE E MIOCARDIO



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

SETTORE SALUTE

**Sistema CUP
Linee guida nazionali**



Roma, 27 ottobre 2009



INDICE

1 INTRODUZIONE	3
2 ASPETTI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI	5
2.1 IL SISTEMA DELL'OFFERTA	5
2.2 BACK-OFFICE: FUNZIONI E AMBITI DI ATTIVITÀ	5
2.3 FRONT-OFFICE: ACCESSO AI SERVIZI E GESTIONE DEL PROCESSO DI PRENOTAZIONE.....	9
3 ASPETTI DI NATURA INFORMATIVO-SEMANTICA	12
3.1 ARCHIVI "ANAGRAFICI" DI BASE A SUPPORTO DEL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO DI PRENOTAZIONE	12
3.2 MODALITÀ DI CONDIVISIONE DEL CATALOGO DELLE PRESTAZIONI PRENOTABILI	13
4 INDICATORI DI PERFORMANCE DEI SISTEMI CUP.....	13



1 INTRODUZIONE

Il presente documento, elaborato a partire da quanto prodotto dal Mattone "Tempi di attesa" nell'ambito del programma Mattoni SSN, ed integrato con ulteriori contributi a carattere regionale, è finalizzato a definire le linee guida di riferimento nazionali per la realizzazione e/o l'evoluzione di Sistemi CUP sia di livello aziendale/provinciale, sia di area vasta, sia regionali, a prescindere dalle scelte organizzative delle Aziende Sanitarie.

Per **Centro Unificato di Prenotazione (CUP)** si intende il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Esistono numerose e variegiate modalità di classificare i Sistemi CUP esistenti, considerando tanto l'ambito territoriale di riferimento, quanto l'insieme delle risorse sanitarie gestite (sia in termini quantitativi - numerosità di prestazioni e agende - sia in termini qualitativi - tipologia di prestazioni e d'accesso - 1° e 2° livello), nonché il regime di erogazione (Servizio Sanitario Nazionale, intramoenia, ecc.), ed altre ancora.

Nel prosieguo del documento, viene adottata una distinzione basata sulla classificazione di CUP Aziendali e Interaziendali, secondo le seguenti definizioni:

- **CUP Aziendale:** inteso come Sistema CUP specifico di una singola Azienda Sanitaria pubblica, indifferentemente che si tratti di un'AO, o di una ASL/AUSL, o altro. Quello che conta è l'unicità dell'ambito di applicazione (anche se all'interno di una ASL o di una Azienda Ospedaliera vi possono essere un numero considerevole di strutture erogatrici, punti di prenotazione, ecc.) del Sistema CUP, quale tratto peculiare;
- **CUP Interaziendale:** dove i soggetti o i sistemi autonomi che entrano in relazione sono più di uno e si accrescono ulteriormente le complessità organizzative, in termini di coerenza interna al Sistema CUP ed interazione con gli applicativi gestionali delle singole Aziende, ma dove esistono anche, data la più vasta concentrazione delle risorse impiegate o disponibili, possibilità e resistenze diverse di evoluzione del Sistema CUP, rispetto tanto al prodotto informatico quanto al modello organizzativo implementato.

Prima ancora di entrare nel merito degli elementi peculiari di un CUP Interaziendale, è necessario effettuare una premessa, che riassume due caratteristiche delle attuali soluzioni di CUP Interaziendali ad oggi concretamente realizzate.

Vengono, quindi, descritte due possibili soluzioni correntemente adottate (**CUP unificato** e **CUP integrato**) che permettono di realizzare un sistema di prenotazione a valenza regionale.

Non si tratta solo di una distinzione rispetto alle soluzioni tecniche, ma anche di un diverso metodo di applicazione delle finalità di interazione e standardizzazione delle attività del CUP all'interno di un contesto territoriale. Diverse sono le motivazioni che possono portare alla prevalenza di un modello realizzativo sull'altro, e diversi i vantaggi e gli svantaggi delle possibili soluzioni. Entrambi i modelli, tuttavia, prevedono un coordinamento interaziendale a livello regionale e la possibilità di accentrare specifici ambiti d'attività del CUP, allo scopo di beneficiare di economie di scala e di specializzazione delle figure coinvolte all'interno di ambiti cruciali d'attività (quali, ad esempio, la



gestione delle agende e della prenotazione telefonica, delle regole comportamentali, ecc).

Tanto la soluzione Unificata quanto la soluzione Integrata mirano, in un contesto di CUP Interaziendale a valenza regionale, a rendere disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circolarità", cioè tramite tutti i punti d'accesso del Sistema CUP, indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda Sanitaria, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto per quella tipologia di prestazione per i propri assistiti. I punti salienti delle due soluzioni sono di seguito riportati.

Il **CUP Unificato** configura una situazione in cui diversi CUP aziendali, prevalentemente a valenza provinciale, confluiscono in un unico strumento valido per tutti in termini di funzionalità dell'applicativo sia lato Front-end (prenotazione) sia lato Back-office (gestione delle agende e del catalogo delle prestazioni).

Questo modello consente di:

- supportare la gestione offerta-domanda di prestazioni sanitarie di un numero definito di Aziende e con un bacino territoriale di afferenza ben identificato;
- ottimizzare la manutenzione e l'aggiornamento delle basi dati - attraverso la localizzazione unica delle stesse - e delle funzionalità dell'applicativo;
- rendere univoche le maschere di interfaccia tra l'operatore CUP e le basi dati.

Il **CUP Integrato** configura una situazione in cui diversi CUP aziendali, a valenza provinciale o più ampia, si interfacciano con un modulo "orchestratore", cioè che gestisce le richieste di prenotazione restituendo al CUP richiedente i dati afferenti alle diverse realtà aziendali.

Questo modello consente di:

- preservare l'autonomia delle singole Aziende, in termini di applicativi utilizzati, gestione delle basi dati, modelli organizzativi dell'offerta sanitaria e di gestione della prenotazione. In particolare mantiene:
 - o gli investimenti già fatti in termini di Sistemi CUP e di integrazione degli stessi con i diversi sistemi ed applicativi interni alle singole Aziende/strutture erogatrici
 - o la rispondenza alle modalità organizzative locali
 - o la titolarità delle basi dati e accessibilità ai dati storici già registrati sugli applicativi locali e centrali dei CUP Aziendali e relative modalità organizzative di gestione dell'offerta sanitaria
- rendere trasparente il CUP Integrato agli utilizzatori dell'applicativo CUP Aziendale per accedere all'offerta locale, riducendo così la necessità di formazione sul nuovo applicativo (soprattutto là dove la realtà aziendale preveda una pluralità di accessi presso diversi punti di erogazione).
- demandare a quest'ultimo la gestione di particolari funzionalità di interesse regionale in ambito di prenotazione non gestibili direttamente dagli applicativi aziendali, sia lato interfacce di Front-end, sia lato gestione dell'offerta sanitaria, senza richiedere nuovi investimenti in software se non quelli necessari alla costituzione di un'interfaccia di comunicazione tra l'applicativo aziendale e il CUP Integrato, di norma inferiori a quanto necessario per l'utilizzo di un nuovo applicativo CUP

Obiettivo dei Sistemi CUP oggetto delle presenti linee guida è rendere possibile la prenotazione "allargata ed incrociata" di prestazioni presso varie tipologie di strutture (strutture pubbliche e



private accreditate), per i diversi regimi di erogazione (prestazioni SSN, libera professione intramoenia e intramoenia allargata), e per le differenti modalità di accesso (ricovero ordinario, day hospital, specialistica ambulatoriale, ecc), anche se nel documento sarà fatto prevalente riferimento alla prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

2 ASPETTI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

2.1 Il sistema dell'offerta

Il sistema dell'offerta si articola in una rete di punti di prenotazione che consentono di "vedere" tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili. Ogni punto di prenotazione si interfaccia con questa rete, garantendo la visione della disponibilità di prestazioni in ciascun punto della rete e differenziando, ove necessario, i livelli di accesso dei vari utenti (es. possibilità per tutti i punti di prenotazione di vedere il calendario delle disponibilità delle TAC, ma solo il punto di prenotazione della radiologia, o altro punto addestrato per la gestione di percorsi specifici, può fissare gli appuntamenti).

Il corretto funzionamento del Sistema CUP è reso possibile da un servizio di Front-office e uno di Back-office deputati alle funzioni di programmazione e gestione degli accessi, come di seguito illustrato.

2.2 Back-office: funzioni e ambiti di attività

Il Back-office cura la programmazione e la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione. Tali attività sono raggruppabili in tre funzioni principali:

- Gestione e programmazione delle agende di prenotazione
- Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione
- Monitoraggio per il governo delle liste di attesa

2.2.1 Gestione e programmazione delle agende di prenotazione

Tale attività prevede:

- la gestione del catalogo delle prestazioni con l'allineamento al nomenclatore nazionale/regionale (branca, tariffa, ecc...)
- la configurazione delle agende di prenotazione con l'eventuale gestione dei posti disponibili in base alla classe di priorità definita dal medico prescrittore (richiesta programmata, oppure con urgenza breve o differita, ecc.)
- la configurazione di eventuali agende di accettazione per la registrazione delle prestazioni erogate
- la modifica delle agende inserite nel Sistema: sospensione di attività di erogazione, variazione delle prestazioni (tipologia e quantità), orari di accesso, ecc.
- la gestione delle avvertenze da seguire per una corretta prenotazione delle prestazioni ed eventuale indicazione delle modalità di preparazione per l'effettuazione della prestazione
- la gestione delle diverse tipologie di contratto e convenzioni per l'erogazione delle prestazioni: SSN, intramoenia, extra SSN e relativi listini.

2.2.1.1 L'Agenda di prenotazione

L'unità elementare per la gestione dell'offerta è rappresentata dall'agenda di prenotazione che comprende:

- i dati di cosa sia possibile prenotare (e più in generale dell'offerta), e precisamente:



- le prestazioni che possono essere prenotate/erogate (differenziando, quando applicabile, eventuali vincoli per assistiti non appartenenti all'ambito di pertinenza del Sistema CUP), con indicazione delle possibili preparazioni per l'utente per l'erogazione della prestazione e/o avvertenze per l'operatore CUP per la prenotazione della prestazione
- la classificazione (es. tipologia, disciplina, branca specialistica) per il calcolo dell'offerta e dei tempi di attesa
- i dati di chi eroga la prestazione e di quando viene erogata, e precisamente:
 - la struttura (equipe, medico, ecc.)
 - l'ubicazione dell'ambulatorio
 - gli orari di servizio
 - i periodi di apertura e chiusura
 - altri elementi necessari per la generazione del "calendario" delle disponibilità/offerte
- i dati di chi può fruire della prestazione, e precisamente:
 - il regime di erogazione della prestazione (SSN, intramoenia, ecc.) e, in generale, gli elementi necessari al calcolo del "prezzo" della prestazione
 - i parametri necessari al calcolo delle disponibilità da assegnare dinamicamente alle fasce di priorità e al ricalcolo delle disponibilità, quando non si preveda di occupare completamente le unità di tempo disponibili (laddove la prenotazione avviene per codice di priorità di accesso)
- le differenti tipologie di accesso (profili di accesso):
 - agenda prenotabile da operatori CUP (di sportello o di call center)
 - agenda prenotabile da operatori particolari quali: medico di famiglia, farmacia, assistito tramite internet, ecc.
 - agenda prenotabile direttamente dagli specialisti dipendenti dell'azienda sanitaria
 - agenda prenotabile da sistema esterno (ad esempio tramite il CUP Integrato).

L'agenda è dunque lo strumento operativo del CUP. La costruzione dell'agenda avviene definendo uno spazio temporale di erogazione. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, che ovviamente varia a seconda del tipo di prestazione, una volta definito il tempo di apertura del servizio, è possibile misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni prenotabili nell'agenda stessa. L'intera offerta di prestazioni di ciascuna Azienda viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende, in funzione dei diversi regimi di erogazione. Pertanto, per ogni struttura erogante, è necessario definire la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione, in modo da permetterne la gestione al Back-office.

2.2.1.2 Gestione dell'agenda per percorsi diagnostico-terapeutici

Il Sistema CUP deve consentire la gestione separata dei primi accessi (visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche) rispetto agli accessi successivi.

La gestione efficiente delle agende richiede l'individuazione delle prestazioni da inserire in liste di attesa distinte, in particolare quando tali prestazioni sono afferenti a specifici percorsi diagnostico-terapeutici (es. controlli specialistici, prestazioni o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita, protocolli di cura). Infatti, per le prestazioni comprese all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici, è necessario prevedere, da parte delle strutture eroganti, una specifica programmazione, affinché i punti di prenotazione possano ritrovarle all'interno del Sistema delle prenotazioni. Anche la rilevazione di tali prestazioni è necessaria per conoscere la complessiva attività svolta dalle strutture eroganti e per valutarne la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee guida



definite per la cura delle patologie.

Per poter effettuare correttamente la gestione separata delle prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche rispetto ai successivi accessi e per individuare il miglior "dimensionamento" delle agende ai fini gestionali, è necessario che il Sistema CUP sia in grado di:

- distinguere i posti assegnati alle differenti tipologie di accesso
- gestire i pazienti in lista in maniera distinta
- prevedere meccanismi automatici di riconversione di posti dalle prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche rispetto ai successivi accessi e viceversa, in caso di posti rimasti vuoti, per ottimizzare la gestione e minimizzare i tempi morti
- distinguere i posti riservati a percorsi specifici cui fanno riferimento determinate richieste
- rilevare separatamente i tempi di attesa assegnati alle diverse tipologie di utenti.

2.2.1.3 Applicazione classi di priorità

Risulta ormai ampiamente dimostrato che il metodo dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso un incremento dell'offerta non sia efficace, dato che la domanda cresce proporzionalmente rispetto all'offerta, oltre che ad altri fattori quali l'incremento della specializzazione della medicina, il progresso della tecnologia e fattori di ordine culturale e sociologico.

È opportuno in alternativa sperimentare e implementare modalità basate sulla selezione delle priorità, nelle quali un ruolo centrale è occupato dalla stretta integrazione tra medici di medicina generale e medici erogatori delle prestazioni sanitarie.

In particolare, l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, da parte del cittadino, si realizza con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta.

L'obiettivo generale è quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità indicata. Tale obiettivo si realizza attraverso la definizione dei volumi di attività per ogni prestazione in ciascuna classe di priorità.

Ciascuna agenda è ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda. Inoltre, i posti non occupati in una classe di priorità vengono resi disponibili, nei giorni immediatamente precedenti la scadenza, alla prenotazione in un'altra classe di priorità.

Questo meccanismo consente di utilizzare al meglio la capacità di offerta dell'Azienda, anche in momenti particolari dell'anno o per prestazioni per le quali la domanda è oscillante e non prevedibile a priori.

2.2.1.4 Gestione delle sospensioni temporanee di erogazione

Il realizzarsi di situazioni che impediscono l'erogazione delle prestazioni rappresenta un evento che si può verificare in qualunque contesto e per molte cause (es. guasto macchina, eccezionale indisponibilità del personale, ecc.). L'impossibilità dell'erogazione, per la tipologia di motivi accennati, non deve tuttavia impedire in alcun modo l'attività di prenotazione, anche quando non sia noto il momento esatto di erogabilità della prestazione richiesta. A tal fine deve essere prevista una procedura temporanea per gestire in maniera distinta le priorità di accesso, e l'inserimento delle richieste nel Sistema garantendo la trasparenza della gestione degli accessi, comunicando all'utente gli estremi di riferimento (la prestazione richiesta, la data e l'ora di richiesta, il codice progressivo di



inserimento, ecc). Tale procedura è finalizzata a garantire la continuità del servizio di prenotazione all'utente, ad informarlo che la sua richiesta è stata presa in carico, e che gli verrà comunicata successivamente la data precisa dell'appuntamento, secondo le modalità indicate nel Piano Aziendale.

2.2.1.5 Rimodulazione dell'offerta

Al fine di garantire un sistema di offerta congruo con i comportamenti dell'utenza, è necessario prevedere un piano di revisione dell'offerta stessa sulla base delle informazioni dedotte dal sistema di monitoraggio e da analisi mirate sul livello di efficienza delle singole agende. In particolare, le Aziende devono verificare per ciascuna agenda, quale sia il "tasso di non presentazione" rispetto al piano di lavoro, al fine di individuare situazioni in cui sia necessario riprogrammare l'offerta in modo da superare casi di maggiore criticità.

Tale rimodulazione si basa anche sulla misura dell'overbooking e include possibili riconfigurazioni delle sessioni ambulatoriali attraverso l'individuazione di soluzioni adeguate, in risposta alle criticità riscontrate (concentrazioni di un numero identico di prestazioni garantite in più sessioni in un'unica sessione, raggruppamento di prestazioni nei giorni della settimana caratterizzati da un minor tasso di non presentazione, ecc).

2.2.1.6 Ciclicità delle prestazioni

Una delle caratteristiche sicuramente più complesse da gestire in un Sistema CUP è costituita dalla programmazione delle prestazioni erogabili all'interno di un unico ciclo di trattamento. Strumenti atti a garantire la completa programmazione di un ciclo distribuito su un arco temporale compatibile con il piano di cura previsto dal medico, e conciliabile con le esigenze del servizio erogante, possono risultare fortemente vincolanti per i singoli erogatori chiamati a fornire le prestazioni richieste. Adattamenti progressivi portano a definire quindi modalità diverse di funzionamento, modulabili a livello di singolo punto di erogazione, con la possibilità di:

- prenotare tutto il ciclo in maniera automatica direttamente tramite procedura
- interagire tramite operatore con la conferma delle singole sedute o la ricerca di disponibilità diverse da quelle proposte
- prenotare esclusivamente il primo accesso al ciclo, garantendo la corretta schedulazione, rendicontazione, monitoraggio e lasciando l'organizzazione del resto delle sedute al servizio che riceve il paziente in trattamento.

2.2.2 Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione

- comunicazione agli operatori del CUP e/o ai servizi erogatori, delle eventuali variazioni dell'offerta sanitaria e delle procedure di prenotazione, ad esempio: apertura ed estensione delle agende, attivazione di nuove prestazioni in prenotazione, modifica delle avvertenze all'operatore, modifica delle procedure di prenotazione o della normativa, ecc.
- comunicazione ai servizi erogatori, nel caso in cui non dispongano di un accesso diretto al Sistema, di informazioni aggiuntive, quali ad esempio: l'avvenuto pagamento del ticket, promemoria in merito all'obbligo, da parte dell'utente, di produrre alla unità erogante l'attestazione dell'avvenuto pagamento del ticket, promemoria circa la necessità da parte dell'unità erogante di riscossione del ticket
- gestione di aspetti inerenti condizioni particolari dell'utente che richiedano una specifica assistenza (es. riduzione funzionale delle capacità di deambulazione dell'utente)
- raccolta delle eventuali segnalazioni di problemi rilevati dal servizio di Help Desk per gli



operatori di sportello (relativamente, ad esempio, ad errati indirizzamenti dei pazienti, al mancato rispetto di vincoli o di limitazioni, ecc.) e risoluzione, in rapporto con il servizio erogatore interessato, dei problemi riscontrati.

2.2.3 Monitoraggio per il governo delle liste di attesa

I Sistemi CUP, dotati di strumenti di monitoraggio e controllo dei tempi di attesa in grado di fornire dati sull'attività di prenotazione, sui tempi di attesa e sui volumi, verificano i livelli di saturazione dell'offerta per un'eventuale riprogrammazione delle disponibilità di calendario in agenda.

Il Sistema CUP deve essere inoltre in grado di produrre le informazioni necessarie per la corretta alimentazione dei flussi informativi.

E' necessario prevedere una serie di parametri minimi da tenere sotto osservazione al fine di garantire una buona programmazione (livello di saturazione dell'agenda complessivo, per singola prestazione, per fasce di priorità; indice di performance, ecc.; lo stesso vale per agende con prestazioni simili in un ambito territoriale specifico fino a quello aziendale/provinciale).

E' da considerare tra i requisiti minimi del Sistema CUP, anche la possibilità di trattare le informazioni relative ai tempi di attesa e agli altri parametri - in uscita dal Sistema - a diversi livelli di aggregazione collegati alle articolazioni organizzative delle singole Aziende (distretti o altro).

Il monitoraggio dei tempi di attesa e l'analisi delle criticità si configurano, inoltre, come strumenti importanti per rivalutare l'offerta rispetto a situazioni critiche.

2.3 Front-office: accesso ai servizi e gestione del processo di prenotazione

2.3.1 Canali di accesso/fruizione del Sistema CUP

Nella progettazione di un Sistema CUP è importante realizzare un'offerta più ampia possibile di canali di accesso, al fine di garantire il più elevato livello possibile di fruibilità per il cittadino. Ciò si realizza mediante l'implementazione delle seguenti modalità di fruizione:

- sportello presidiato: rappresenta l'esempio più diffuso e consiste nello sportello sito presso una struttura erogatrice con operatore dedicato
- telefono: consiste in un numero dedicato a cui si può rivolgere l'utente per parlare con un operatore di call center ed effettuare la prenotazione
- prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari (Medici, infermieri, ecc...) allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente
- prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate, integrate con il Sistema CUP
- prenotazioni ad uno sportello CUP sito in strutture convenzionate (Associazioni Mediche, Istituti accreditati, Associazioni di Volontariato, Comuni, ecc.)
- prenotazioni WEB effettuate direttamente dall'utente.

2.3.2 Il processo di prenotazione

Qualunque sia la modalità di prenotazione, il processo standard di prenotazione si esplica attraverso le seguenti fasi:

- *identificazione dell'assistito*, che ha per obiettivo il riconoscimento dell'utente nell'anagrafe di riferimento o l'inserimento dello stesso, anche nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della Privacy
- *inserimento delle prestazioni*, che ha per obiettivo la ricerca e la selezione delle prestazioni da prenotare



- *prenotazione* delle prestazioni selezionate, che ha per obiettivo la ricerca delle disponibilità e delle strutture in grado di erogare tali prestazioni, nonché la conseguente conferma della prenotazione, in coerenza con i criteri definiti per le diverse tipologie di accesso (regime di erogazione, ambito territoriale di garanzia, priorità di accesso, prestazione garantita per il tempo massimo, prestazione erogata da struttura di secondo livello, libera scelta dell'utente, ecc.)
- *contabilizzazione e cassa*.

La prenotazione di prestazioni in regime di Libera Professione deve avere gestione separata rispetto alla prenotazione in regime SSN, anche se effettuata con il medesimo sistema CUP.

Di seguito sono riportati in maggior dettaglio i contenuti delle singole fasi del processo standard di prenotazione e le principali specifiche funzionali con l'aggiunta dell'eventuale *disdetta dell'appuntamento* fissato.

2.3.2.1 **Identificazione dell'assistito**

Il Sistema CUP assicura una corretta ed univoca identificazione dell'utente che richiede l'erogazione di prestazioni ambulatoriali anche attraverso l'uso della Tessera Sanitaria. Oltre alla possibilità di ricercare ed identificare l'utente tramite una serie di parametri, un ruolo fondamentale è rivestito dalla possibilità di posizionare correttamente l'anagrafica rispetto ad eventuali situazioni di patologia in atto.

Il personale di sportello si avvale di un'anagrafe centralizzata interconnessa in tempo reale e contenente la posizione dell'utente rispetto al ticket, verificando la corrispondenza delle eventuali esenzioni con le prestazioni del catalogo correlate ad ogni patologia in atto, con la possibilità di associare all'utente esenzioni temporanee (ad esempio per status, quale la "gravidanza") per il conseguente calcolo automatico del ticket.

Ulteriori livelli di controllo identificano se il dato anagrafico risulta attendibile e ne garantiscono la fruibilità e la consultazione, anche in caso di gestione di unificazione di posizioni anagrafiche corrispondenti alla medesima persona.

In fase di consultazione il processo identificativo può quindi rimandare ad una delle seguenti situazioni:

- identificazione univoca
- identificazione con esito negativo
- identificazione di un insieme di nominativi

Ai fini dell'espletamento della prenotazione, è necessario che attraverso l'utilizzo delle funzionalità offerte dai sistemi di anagrafica, venga individuato un unico utente.

2.3.2.2 **Inserimento delle prestazioni**

Per migliorare i tempi di erogazione del servizio l'operatore può effettuare ricerche con differenti modalità:

- per codice prestazione;
- per elementi descrittivi;
- altre modalità (es. per tipologia, branca, sinonimi, ecc).

Naturalmente nei casi in cui il processo di acquisizione delle informazioni contenute nella prescrizione è completamente automatizzato, non occorre effettuare la ricerca in quanto viene riconosciuto direttamente il codice della prestazione.



L'inserimento delle prestazioni da prenotare, inoltre, è accompagnato da opportuni controlli automatizzati, in grado di verificare l'eventuale già avvenuta prenotazione/erogazione delle medesime prestazioni. Ciò al fine di prevenire la prenotazione multipla di più prestazioni a fronte della stessa impegnativa. È fondamentale che tali controlli consentano la rilevazione di questa fattispecie di anomalie, non solo all'interno della singola Azienda Sanitaria, bensì nell'ambito dell'insieme delle strutture erogatrici di pertinenza del Sistema CUP. Occorre, inoltre, prevedere meccanismi di controllo che segnalino l'eventuale tentativo di effettuare più prenotazioni a fronte della medesima impegnativa.

2.3.2.3 Prenotazione

La prenotazione delle agende avviene secondo criteri di scorrimento temporale senza discontinuità, offrendo in prima istanza all'utente il primo posto libero estrapolato dall'intera offerta disponibile, nell'ambito territoriale di riferimento dell'assistito, e successivamente le ulteriori disponibilità, qualora l'utente ne faccia richiesta, in coerenza con i criteri definiti per l'accesso alle diverse tipologie di prestazioni (regime di erogazione, ambito territoriale di garanzia, priorità di accesso, prestazione garantita per il tempo massimo, prestazione erogata da struttura di secondo livello, libera scelta dell'utente, ecc.).

Il Sistema CUP, inoltre, tiene traccia della scelta operata dall'utente al fine di effettuare successive verifiche, anche attraverso un confronto con la prima offerta prospettata.

Il Sistema CUP, infine, gestisce la richiesta di prestazioni multiple – cioè prescritte sulla medesima ricetta o su più ricette ma presentate nello stesso momento - cercando la prima data utile in modo da effettuare le stesse contestualmente oppure altre date utili ad effettuare le prestazioni in tempi differiti, se l'utente ne manifesta l'esigenza.

2.3.2.4 Contabilizzazione e cassa

Al fine di agevolare il più possibile il cittadino è necessario prevedere, in tutti i punti di prenotazione, la possibilità di effettuare direttamente il pagamento (a cui si aggiungono altri possibili canali di pagamento es. uffici postali, ricevitorie, servizi web, ecc.). È inoltre opportuno attivare procedure gestionali che permettano all'utente di pagare non solo le prestazioni erogate dall'Azienda a cui il punto di prenotazione fa riferimento (es. ASL), ma anche quelle erogate da altre Aziende per le quali è possibile prenotare le prestazioni. Nel caso di prescrizioni che contengono prestazioni erogate da Aziende differenti, è necessario definire criteri di compensazione negli accordi di fornitura, in modo da permettere all'utente di pagare in un'unica soluzione. Analoghi criteri possono essere utilmente stabiliti per l'erogazione di prestazioni ad assistiti non appartenenti all'ambito di pertinenza del Sistema CUP. Al momento della contabilizzazione è necessario considerare eventuali compartecipazioni alla spesa da parte del cittadino, che possono essere differenziate per ciascuna realtà regionale, e soggette ad evoluzioni nel tempo (cfr. D.lgs 112, art. 79 e relativo Decreto Interministeriale).

Il sistema CUP dispone della tabella delle esenzioni sempre aggiornata con il collegamento alle prestazioni per cui si ha diritto all'esenzione nel momento in cui queste siano declinate in maniera dettagliata (ed esempio l'esenzione per gravidanza in cui il sistema verifica la congruità dell'esenzione in base al periodo di gravidanza indicato nella prescrizione).

Il Sistema CUP deve garantire flessibilità, al fine di gestire separatamente le singole operazioni di contabilizzazione, cassa e conferma dell'erogato (ovvero consentirne l'accesso anche al di fuori di sequenze predefinite). Inoltre, laddove opportuno, le stesse funzioni di contabilizzazione, cassa e conferma dell'erogato, devono poter essere effettuate in rapida sequenza, attraverso appositi scambi di messaggi tra i relativi sistemi.

E' preferibile che vengano terminate le operazioni di cassa prima dell'erogazione delle prestazioni.



2.3.2.5 Gestione delle disdette

L'utente che non ha intenzione di presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire la prenotazione in tempo utile (almeno 24 ore prima), al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo disponibile. L'Azienda deve, pertanto, favorire l'accessibilità ai servizi di disdetta prevedendo quante più modalità possibili tra quelle elencate di seguito:

- tramite call center, con fasce orarie di accesso ampie
- automatizzata, senza supporto dell'operatore
- tramite Internet, con portali aziendali che offrano funzionalità di disdetta on-line, anche tramite e-mail
- prevedendo accessi preferenziali agli sportelli di prenotazione
- tramite fax.

Al fine di ottimizzare l'utilizzo delle agende è inoltre necessario prevedere opportuni meccanismi di notifica, aventi funzione di promemoria nei confronti dell'utente (es. SMS, e-mail), al fine di ricordare la prenotazione effettuata.

Nel caso in cui l'utente non si presenti e non abbia effettuato la disdetta, il sistema CUP deve mettere a disposizione le informazioni utili per l'applicazione delle sanzioni pecuniarie previste.

3 ASPETTI DI NATURA INFORMATIVO-SEMANTICA

3.1 Archivi "anagrafici" di base a supporto del corretto funzionamento del servizio di prenotazione

Il corretto funzionamento del Sistema CUP si basa sulla necessità di avere a disposizione degli archivi anagrafici che permettano una corretta programmazione dell'offerta sanitaria, in tutto l'ambito di pertinenza del Sistema stesso, per le varie tipologie di strutture e per i diversi regimi di erogazione e fattispecie di prestazioni erogabili. A tali fini, i principali archivi da implementare e gestire sono i seguenti:

- **catalogo generale delle prestazioni erogabili:** catalogo delle prestazioni che contiene, tra le altre informazioni, la denominazione delle prestazioni erogabili, la codifica, la branca di appartenenza, varie informazioni inerenti la tariffazione, nonché aspetti di carattere organizzativo (ad esempio: ciclicità della prestazione, numero massimo di sedute, note sulla prestazione), etc.
- **anagrafe delle strutture:** anagrafe delle strutture e della relativa articolazione organizzativa in termini di unità operative semplici e complesse. Contiene oltre ai dati anagrafici delle strutture e delle unità operative, informazioni inerenti il tipo di assistenza, le prestazioni erogabili, vari aspetti di tipo organizzativo, etc.
- **anagrafe medici prescrittori:** anagrafe dei soggetti che prescrivono le prestazioni oggetto di prenotazione. Contiene, oltre ai dati anagrafici ed ai pertinenti riferimenti organizzativi, informazioni in merito alla tipologia di assistenza prestata, etc.
- **anagrafe medici eroganti le prestazioni:** anagrafe dei soggetti eroganti le prestazioni (specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, ecc.). Contiene, oltre ai dati anagrafici ed ai relativi riferimenti organizzativi, informazioni in merito alla tipologia di specializzazione, alla tipologia di rapporto con il SSN, etc.
- **elenco delle avvertenze per la prenotabilità della prestazione:** elenco delle indicazioni che permettono all'operatore CUP di effettuare correttamente la prenotazione (es. esami

propedeutici all'effettuazione della prestazione richiesta)

- **catalogo delle preparazioni dell'utente alle prestazioni:** contiene informazioni in merito a particolari modalità di preparazione da parte dell'utente, necessarie nel caso di specifiche prestazioni
- **archivio convenzioni, listini e tariffe:** anagrafe relativa alle condizioni inerenti soggetti erogatori pubblici, privati accreditati e/o particolari regimi di erogazione (specialistica ambulatoriale, ricoveri ordinari, day hospital, intramoenia, ecc.).

Gli archivi anagrafici sono fondamentali sia per il corretto funzionamento del servizio di prenotazione sia per il corretto funzionamento del servizio di monitoraggio, per il quale sono rilevanti i contenuti informativi e gli indicatori descritti nel capitolo "Indicatori di performance" del presente documento. Al fine di garantire il corretto funzionamento, nonché il monitoraggio ed il benchmarking interno dei servizi di prenotazione, è necessario che gli archivi anagrafici siano opportunamente uniformati affinché contengano informazioni omogenee, rappresentate con le medesime codifiche e classificazioni.

3.2 Modalità di condivisione del catalogo delle prestazioni prenotabili

Elemento differenziante il catalogo integrato rispetto al catalogo unificato è la possibilità di effettuare una corrispondenza univoca tra le prestazioni di ogni singolo catalogo aziendale e quelle di un sovra-catalogo interaziendale. Questa soluzione salvaguarda le specificità aziendali grazie alla non invasività dell'integrazione. In altre parole, l'operatore del CUP Aziendale può continuare ad utilizzare il proprio catalogo anche per le prestazioni associate all'offerta prenotabile in "Circolarità". A livello interaziendale infatti, le prestazioni aziendali risultano associate a prestazioni del catalogo "Integrato". Tale situazione risulta applicabile nel rapporto tra ciascuna Azienda e il CUP Interaziendale e, per il tramite di questo, tra un'Azienda e l'altra, a patto che le due realtà siano entrambe inserite nel Sistema CUP Interaziendale.

Una soluzione semantica efficace per la costruzione del catalogo integrato è rappresentata dall'utilizzo di sinonimi di una prestazione, ovvero termini in uso corrente nel gergo medico che sono equivalenti della descrizione della prestazione in questione. Nel costruire la banca dati dei sinonimi del CUP Integrato, oltre a seguire questa logica, sono da considerare sinonimi anche i codici mnemonici ed i codici aziendali delle prestazioni, oltre che le descrizioni aziendali delle stesse prestazioni, in modo da facilitare la ricerca delle medesime, anche quando i codici interni e quelli mnemonici non sono familiari agli operatori, almeno in una fase iniziale.

Tali funzionalità integrative non risultano essere più necessarie nel momento in cui il catalogo aziendale coincide o è correlato con il catalogo utilizzato dai prescrittori.

4 INDICATORI DI PERFORMANCE DEI SISTEMI CUP

L'analisi statistica dei dati rappresenta un'attività fondamentale per il governo effettivo del sistema di gestione degli accessi. Di seguito sono individuati alcuni possibili indicatori:

- numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici
- numero di utenti e di accessi medi giornalieri
- numero di prenotazioni effettuate
- saturazione delle agende
- misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate
- statistiche di prenotazioni/prestazioni prenotate, dettagliate/sintetiche, raggruppate per



struttura, unità erogante, punti di prenotazione, ecc.

- variazioni dei volumi di offerta
- rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente

Per la modalità di prenotazione telefonica è opportuno individuare indicatori specifici, così come per l'accesso alla prenotazione via web.

Accanto alle analisi di natura statistica, sono previste estrazioni di dati utili per supportare servizi come il collegamento outbound, così come per alimentare flussi informativi indirizzati ai diversi livelli organizzativi (es. SSR, SSN).

Infine, per il monitoraggio dei tempi di attesa, sono di seguito indicati i contenuti informativi minimi ritenuti necessari. E' possibile strutturare i dati secondo le quattro macrocategorie di appartenenza di seguito indicate: Cittadino, Erogatore, Prestazione, Tempo.

Cittadino	Erogatore	Prestazione	Tempo
Codice ASL di Residenza	Codice tipologia struttura erogante	Codice prestazione	Data di contatto o prenotazione
Comune di residenza	Codice struttura erogazione	Codice branca specialistica	Data di prescrizione
Genere	Codice ASL erogazione	Codice fiscale prescrittore	Classe di priorità
Data di nascita dell'utente	Codice Regione erogazione	Tipo soggetto prescrittore	Data di prima disponibilità di erogazione
Cittadinanza	Tipologia ambulatorio	Codice disciplina	Data assegnata
Codice fiscale		Tipo di accesso	Data di erogazione
			Data di refertazione

Fonti di riferimento

Ambito di applicazione	Documenti di riferimento
Aspetti di natura informativo-semantic, Indicatori di Performance	Questionario “Scheda di Rilevazione, Sistemi di prenotazione CUP” (inviato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Settore Salute alle Regioni nel mese di Luglio 2008)
Aspetti organizzativo-gestionali, Aspetti di natura informativo-semantic, Indicatori di performance	Mattone “Tempi di Attesa” – Linea Progettuale “Definizione di linee guida per la progettazione dei CUP”
Aspetti di natura informativo-semantic	Integrazioni interne tra sistemi dipartimentali delle Aziende Sanitarie tramite protocollo HL7; Requisiti Minimi e Vincoli per le Integrazioni Applicative Interne – Regione Lombardia
Aspetti organizzativo-gestionali	Circolare n.10/2007: Linee guida Sistemi CUP – Regione Emilia Romagna
Indicatori di performance	Allegato alla DGR251/2008: da “Il Cup dei cittadini” a “Il Cup del sistema” – Regione Toscana
Aspetti di natura informativo-semantic	Definizione protocolli, strutture dati e interfacce web delle funzionalità del sistema – Regione Campania

Linee guida per il monitoraggio nazionale sui
tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
erogate in attività libero-professionale
intramuraria ed intramuraria allargata

CONTENUTI

Presentazione.....	3
1. Destinatari delle linee guida e normativa di riferimento.....	4
1.1. Contesto normativo di riferimento.....	4
1.1.1. Lo studio del fenomeno della libera professione intramuraria.....	4
1.1.2. Il Governo delle liste di attesa.....	5
2. Metodologia del monitoraggio nazionale sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata	6
2.1. Periodo del monitoraggio.....	7
2.2 cittadini Soggetti coinvolti.....	7
2.3. Prestazioni da monitorare.....	7
2.4 Cosa rilevare.....	10
3. Le procedure d'inserimento dei dati	11
3.1. Fase di preparazione dei file.....	11
3.2. Fase d'inserimento dei dati.....	11
3.3. Fase di restituzione dei dati	12

PRESENTAZIONE

Le Linee Guida riguardano il monitoraggio nazionale sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata e si basano sull'esperienza già maturata dall'Agenas relative ai monitoraggi sui tempi di attesa delle prestazioni erogate in attività istituzionale e alla sperimentazione dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in ALPI, condotta nell'Ottobre 2009 su richiesta dell'“Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale”.

Nelle Linee Guida sono individuate le procedure per il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali libero professionali erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa.

I risultati del monitoraggio saranno trasmessi annualmente al Ministero della Salute e all'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale.

Il documento è strutturato in tre parti:

- la **prima** definisce i destinatari delle Linee guida e illustra sinteticamente i riferimenti normativi più rilevanti, nei quali si affronta la questione di monitorare il fenomeno delle liste di attesa e l'attività libero-professionale intramuraria (ALPI);
- la **seconda** identifica la metodologia da realizzare, il periodo della rilevazione, i soggetti coinvolti, le prestazioni da monitorare e le informazioni da raccogliere;
- la **terza** è dedicata alla descrizione della procedura d'inserimento dei dati.

1. DESTINATARI DELLE LINEE GUIDA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

L'emanazione delle presenti Linee Guida è prevista dallo "Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" (PNGLA) sancito durante la seduta della Conferenza dello Stato Regioni del 28 Ottobre 2010.

Le Linee Guida, redatte dall'Agenas in collaborazione con le Regioni (Gruppo Tecnico)¹ sono rivolte alle Regioni e alle Province Autonome e hanno l'obiettivo di fornire indicazioni e strumenti per l'attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in attività libero-professionale intramuraria (ALPI).

Di seguito, è sinteticamente richiamato il contesto normativo di riferimento.

1.1. Contesto normativo di riferimento

1.1.1. Lo studio del fenomeno della libera professione intramuraria

L'esigenza di monitorare il fenomeno della libera professione intramuraria ha portato il legislatore a prevedere l'organizzazione², presso il Ministero della Salute, dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale con il compito di predisporre una relazione da trasmettersi con cadenza annuale al Parlamento su:

- A. la riduzione delle liste di attesa in relazione all'attivazione dell'attività libero professionale;
- B. le disposizioni regionali, contrattuali e aziendali di attuazione degli istituti normativi concernenti l'attività libero professionale intramuraria;
- C. lo stato di attivazione e realizzazione delle strutture e degli spazi destinati all'attività libero professionale intramuraria;

¹ Nominato con l'Accordo Conferenza Stato-Regioni 11 Luglio 2002 e confermato con lettera del Coordinamento degli Assessori alla sanità delle Regioni e delle Province Autonome prot. n. AOOGR/320619/125.010.002.003 del 24 Novembre 2006 e a seguito della lettera al Coordinamento degli Assessori alla sanità delle Regioni e delle Province Autonome prot. n. 0004668 del 7 Agosto 2008.

² Art. 15-quattordices D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni

- D. il rapporto fra attività istituzionale e attività libero professionale;
- E. l'ammontare dei proventi per attività libero professionale, della partecipazione regionale, della quota a favore dell'azienda;
- F. le iniziative ed i correttivi necessari per eliminare le disfunzioni ed assicurare il corretto equilibrio fra attività istituzionale e libero professionale

Successivamente, nel 2007, la legge 120³ ha sancito l'obbligo - da parte di regioni e province autonome - di assicurare il corretto esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, anche attraverso il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. A questo proposito, si è data indicazione, sempre nello stesso articolo di legge, affinché la relazione annuale dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale facesse particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari connesse.

Al fine di presentare una descrizione completa del fenomeno, l'Osservatorio ha quindi richiesto, a partire dall'Ottobre 2009, un monitoraggio sui tempi di attesa delle prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria e intramuraria allargata, rilevate con metodo ex ante. Lo studio è condotto da Agenas in collaborazione con il Gruppo Tecnico.

Da ultimo, lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno siglato, in data 18 novembre 2010, uno specifico Accordo diretto a dare compiuta attuazione alla disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria,

L'Accordo Stato-Regioni conferma le disposizioni contenute nella vigente normativa e prevede l'adozione di alcune specifiche misure volte a garantire l'effettivo e corretto esercizio dell'attività libero professionale.

In particolare, l'intesa affida alle Regioni e Province Autonome il compito di monitorare e controllare l'attività libero-professionale, anche avvalendosi dell'Agenzia Nazionale per i Servizi

³ Art. 1, comma 4, lett. g) L. 3-8-2007 n. 120 Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria. (Pubblicata nella Gazz. Uff. 6 agosto 2007, n. 181).

Sanitari Regionali, in modo da garantire che il suo svolgimento non vada a detrimento dell'attività istituzionale.

Alle stesse Regioni e Province Autonome compete, altresì, la definizione delle modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale, allo scopo di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale e all'attività libero-professionale, nonché dell'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implichino forme di concorrenza sleale, definendo le eventuali misure sanzionatorie.

1.1.2. Il Governo delle liste di attesa

Il PNGLA prevede, tra le misure promosse per il governo delle liste di attesa, il monitoraggio ex ante ed ex post del fenomeno delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali, il monitoraggio delle attività di ricovero tramite SDO, il monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni, il monitoraggio dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito cardiovascolare e oncologico ed il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria (ALPI).

In particolare, per questo ultimo monitoraggio, si da mandato ad AgeNaS di individuare - in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le P.A. - le procedure per il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali libero professionali di cui al punto 3.1 del PNGLA, erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa e, successivamente, di trasmettere annualmente al Ministero della Salute e all'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale i risultati di tale attività.

2. METODOLOGIA DEL MONITORAGGIO NAZIONALE SUI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA ED INTRAMURARIA ALLARGATA

Il monitoraggio nazionale sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata sarà effettuato con metodologia

“ex ante” e nel corso di una settimana indice in tutte le Aziende sanitarie italiane, secondo quanto già definito dall’Agenas in collaborazione con il Gruppo Tecnico .

2.1. Periodo del monitoraggio

Il monitoraggio nazionale avrà luogo nelle stesse 5 giornate indice nelle quali le Regioni effettueranno il proprio monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in attività istituzionale come previsto al punto 7.1 del PNGLA . Le 5 giornate verranno individuate nelle linee guida sulle modalità di rilevazione e trasmissione dei risultati sul monitoraggio regionale ex ante redatte dal Ministero della Salute, dall’Agenas e Regioni.

2.2. Soggetti coinvolti

I soggetti tenuti alla rilevazione sono esclusivamente le strutture pubbliche che erogano prestazioni in attività libero-professionale intramuraria individuale o in equipe o strutture private in cui vengono erogate prestazioni in attività intramuraria allargata (i privati accreditati sono esclusi in quanto non sono sede di attività libero-professionale intramuraria). L’Azienda sanitaria locale raccoglie i dati oggetto della rilevazione utilizzando le codifiche STS 11, inclusi quelli ricevuti dalle strutture pubbliche ubicate nel proprio territorio (aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, IRCSS di diritto pubblico, Policlinici universitari a gestione diretta).

2.3. Prestazioni da monitorare

Il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa prevede che l’Agenas dovrà rilevare tutte le prestazioni ambulatoriali di seguito riportate (Tabella 1).



VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	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		
Numero	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 cardiaca	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

Tabella 1 Visite specialistiche e prestazioni strumentali previste dal PNGLA 2010-2012

Il monitoraggio sarà progressivamente implementato, così da arrivare a comprendere tutte le prestazioni nell'arco di 2 anni come evidenziato nella tabella che segue.

	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
Ottobre 2011	RMN della colonna	88.93 - 88.93.1	
	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	
	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1	
	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1	
	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3	
	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5	
	Visita cardiologia	89.7	8
	Visita oculistica	95.02	34
	Visita ortopedica	89.7	36
	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
Aprile 2012	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	
	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	
	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2	
	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1	
	TC senza e con contrasto Rachide e speco	88.38.2 - 88.38.1	



	vertebrale		
	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5	
	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	
	Visita chirurgica vascolare	89.7	14
	Visita endocrinologica	89.7	19
	Visita neurologica	89.13	32
	Visita ginecologica	89.26	37
	Visita urologica	89.7	43
	Visita dermatologica	89.7	52
	Visita fisiatrica	89.7	56
	Visita gastroenterologica	89.7	58
	Visita oncologica	89.7	64
	Visita pneumologica	89.7	68
Aprile 2013	Ecografia Capo e collo	88.71.4	
	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3	
	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5	
	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2	
	Ecografia mammella	88.73.1 - 88.73.2	
	Ecografia ostetrico-ginecologica	88.78 - 88.78.2	
	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42	
	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	
	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16	
	Elettrocardiogramma	89.52	
	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	
	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43	
	Audiometria	95.41.1	
	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2	
	Fondo oculare	95.09.1	
	Elettromiografia	93.08.1	

Tabella 2 Descrizione della progressione del Monitoraggio di tutte le prestazioni previste dal PNGLA 2010-2012

Per la prossima rilevazione sono state individuate 10 prestazioni ambulatoriali. Questo set è stato concordato con esperti dei tempi di attesa del Gruppo tecnico. I codici indicati per le prestazioni ambulatoriali fanno riferimento al DM 22/07/96. Ove le regioni avessero modificato i codici, dovranno comunque raccogliere i dati inerenti alle prestazioni qui indicate, anche se altrimenti codificate (compresi i casi di suddivisione o aggregazione delle prestazioni).

AMB	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	RM della colonna	88.93 – 88.93.1	
2	RM cerebrale e del tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	
3	Tac del capo(senza e con contrasto)	87.03 – 87.03.1	
4	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1	
5	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3	
6	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5	
7	Visita cardiologia	89.7	8
8	Visita oculistica	95.02	34
9	Visita ortopedica	89.7	36
10	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38

Tabella 3 Prestazioni da monitorare

2.4. Cosa rilevare

Le informazioni da rilevare sono:

- ✓ *data assegnata per l'erogazione della prestazione ad ogni singolo paziente prenotato nei cinque giorni indice*
- ✓ tipologia di agenda per ogni prenotazione registrata nei cinque giorni indice :
 - agenda cartacea gestita dal professionista (1)
 - agenda cartacea gestita dalla struttura (2)
 - agenda gestita dal sistema CUP (3)
 - altro (4)
- ✓ i volumi delle prestazioni erogate in ALPI del semestre precedente (II semestre 2010).



3. LE PROCEDURE D'INSERIMENTO DEI DATI

In questo capitolo si spiega l'utilizzo del file in formato excell predisposto dalla Agenas per il monitoraggio. In alcune regioni potrebbero essere utilizzate modalità di raccolta differenziate, predisposte dalle regioni stesse in accordo con l'Agenas. E' fondamentale che, comunque, siano garantite tutte le informazioni previste.

3.1. Fase di preparazione dei file

La Regione riceve il file per la registrazione dei dati dall'Agenas o in occasione della giornata di formazione dei propri referenti. I referenti inseriscono nel file, nelle apposite caselle, il nome della propria regione ed il numero delle aziende sanitarie locali presenti in regione. Il programma automaticamente crea un numero di file pari al numero delle aziende sanitarie locali. Ad ogni azienda deve essere inviato uno di tali file.

Ogni azienda sanitaria locale riceve un file dalla regione, ed inserisce nel file, nelle apposite caselle, il nome della propria azienda ed il nome di ogni singolo distretto presente nel proprio territorio. Successivamente, inserisce il numero di erogatori pubblici per i quali si effettua l'attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata. Il programma automaticamente crea un numero di file pari al numero degli erogatori presenti. Ogni file erogatore che si sarà creato sarà composto all'interno da 5 fogli distinti, ogni foglio corrisponderà ad uno dei 5 giorni indice per le 8 prestazioni. Ad ogni erogatore deve essere inviato uno di tali file.

3.2. Fase d'inserimento dei dati

Ogni erogatore di prestazioni riceve il file dalla azienda sanitaria locale di riferimento; deve quindi inserire nella apposita casella:

- la propria denominazione
- il proprio codice
- denominazione del distretto (nel software predisposto scegliere tra l'elenco nel menù a tendina) nel cui territorio è collocato;

Si precisa che nel caso dell'ALPI allargata deve essere utilizzato il codice erogatore presso cui lavora abitualmente il professionista.

In ognuno dei 5 giorni di monitoraggio l'erogatore deve inserire nelle apposite caselle le date assegnate ad ogni singolo utente prenotato in quella giornata per la specifica prestazione erogata in attività libero-professione intramuraria ed intramuraria allargata e la relativa tipologia di agenda. Per ogni utente si deve inserire la tipologia di agenda presente in quanto all'interno di ogni erogatore possono esserci diverse tipologie di agende.

3.3. Fase di restituzione dei dati

Gli erogatori, compilate le schede nelle diverse parti di competenza, restituiscono le stesse all'azienda sanitaria locale di riferimento.

Le aziende sanitarie locali territorialmente competenti ricevono i dati rilevati presso le proprie strutture nonché presso tutti gli altri erogatori pubblici presenti nel territorio dell'Azienda. Le aziende verificano la completezza, la coerenza e l'affidabilità dei dati, anche confrontandoli con quanto a loro conoscenza da altre indagini e, se del caso, chiedono verifiche e conferme. Successivamente, avuta certezza della affidabilità dei dati, provvedono ad inviare i dati alla Regione.

Le Regioni ricevono i dati dalle aziende ed a loro volta svolgono una verifica di congruenza e affidabilità, provvedendo quindi a trasmettere i dati validati all'Agenas, entro e non oltre un mese dalla settimana indice.

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI
Servizio Affari della Giunta**

UFFICIO BURA

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile
67100 L'Aquila**

**centralino: 0862 3631
Tel. 0862 36 4211/4221
Fax 0862 36 4219**

**Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it**