

**PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL GOVERNO
DELLE LISTE ATTESA**

INDICE

Premessa

Attività ambulatoriale

1. Governo sull’offerta
2. Governo della domanda
3. Modalità di prescrizione delle prestazioni ambulatoriali
4. Piano di comunicazione multimediale
5. Sviluppo PDTA
6. Verifica appropriatezza prescrittiva
7. Flussi informativi
8. Strategie di modulazione della produzione
9. Alternative di accesso alle prestazioni
10. Regolamentazione delle attività ambulatoriali in libera professione
11. Modalità di accesso alle prestazioni programmabili
12. Formazione e coinvolgimento dei medici prescrittori
13. Attività di ricovero

Premessa

Il problema delle liste di attesa è tra i più impegnativi per il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale o quantomeno tra quelli che influenzano la percezione del cittadino rispetto al livello di qualità del servizio sanitario.

Ad oggi risulta essere una delle più importanti criticità nell'ambito della sanità pubblica per le rilevanti conseguenze sul piano clinico, economico e sociale.

La ragione di tale criticità risiede nel cronico eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte delle limitate risorse disponibili, mentre pazienti e cittadini percepiscono le lunghe liste di attesa come un importante disservizio.

Il formarsi di liste di attesa rappresenta, peraltro, un fenomeno con caratteristiche di elevata complessità e ad alta imprevedibilità, influenzato dall'interazione di molti diversi fattori relativi alla domanda e all'offerta .

La ricerca di un miglior equilibrio tra domanda ed offerta di prestazioni specialistiche deve trovare una risposta aggredendo la problematica su tre fronti distinti ma che, in ogni caso portano congiuntamente al perseguimento di tale obiettivo:

- riequilibrio dell'offerta incrementandone la potenzialità produttiva in coerenza con le dinamiche che caratterizzano la domanda e con la individuazione degli ambiti di garanzia;
- miglioramento della produttività dell'offerta attuale attraverso un monitoraggio costante del rapporto tra ore di servizio erogato e prestazioni prodotte ;
- governo dell'appropriatezza della domanda mediante l'attuazione dei PDTA per i pazienti cronici (e non solo),il costante monitoraggio del grado di applicazione degli stessi ed il maggior coinvolgimento dei MMG e PLS nel ruolo “ case manager” clinico del paziente.

Si tratta di articolare un sistema complesso di azioni la cui realizzazione dovrà avvenire con la necessaria gradualità i cui effetti dovranno essere oggetto di attento monitoraggio al fine di cogliere tempestivamente i segnali utili alla eventuale pronta rimodulazione delle azioni.

L'obiettivo è trovare soluzioni per tutelare un pronto accesso alle prestazioni per i pazienti che ne hanno più bisogno e che possono più opportunamente trarne beneficio, attraverso l'implementazione di soluzioni che aumentino equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza.

Un Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa sia delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che delle prestazioni di ricovero programmato, non può non presupporre una serie articolata di iniziative che vanno man mano sviluppate nel tempo.

Pertanto il presente Piano si caratterizza come un “ *work in progress* ”, il quale costituisce il punto di partenza, recependo le indicazioni regionali, e prevedendo lo sviluppo nel

tempo di tutte le attività necessarie alla progressiva messa a regime del sistema.

ATTIVITA' AMBULATORIALE

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza è una struttura di ricovero pubblico con tre Stabilimenti Ospedalieri che erogano attività ambulatoriale: Stabilimento Annunziata , Stabilimento Mariano Santo, Stabilimento Santa Barbara di Rogliano.

Pur essendo un centro HUB ed in quanto tale deve garantire in primis le emergenze e le urgenze che giungono quotidianamente da tutta la Provincia e dalla Regione, oltre a soddisfare le richieste interne dei ricoverati, per contenere la degenza media degli stessi, l'Azienda effettua prestazioni di specialistica ambulatoriali . Nel 2017 sono state erogate **800.000** prestazioni. Tra queste, alcune sono altamente specialistiche e, pertanto, sono state predisposte agende Cup e relative procedure amministrative di accesso e di appropriatezza prescrittiva per gli ambulatori di secondo livello.

Nell'anno 2017 sono prenotate un numero di prestazioni pari a 156.950 con la predisposizione di 171 agende inserite nel CUP mentre altre 45 gestite direttamente dall'unità operativa erogante.

Da un punto di vista organizzativo, la piastra ambulatoriale e di diagnostica è gestita dal CUP, che dal 2013 è integrato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, ottemperando così a quanto previsto dalla Delibera Regionale N. 257 del 25/03/2010. Questo progetto, finalizzato a migliorare l'accesso e la fruibilità delle prestazioni sanitarie dell'intero territorio provinciale da parte dell'utenza, prevede la possibilità di prenotare presso i front-office, il call-center, le farmacie , le parafarmacie e tramite la procedura on-line.

I. GOVERNO SULL'OFFERTA

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

In sintesi, i fattori si possono così semplificare:

Determinanti legati alla prestazione:

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

Determinanti legati agli erogatori:

- capacità di erogazione
- efficienza interna

- attrazione della domanda
- metodi di gestione delle liste

Al netto di quanto premesso, stiamo procedendo su più direttrici:

- Per conoscere la reale potenzialità delle varie strutture erogatrici si sta provvedendo a monitorare l'utilizzo degli spazi ambulatoriali, delle varie apparecchiature e valutare il numero di prestazioni erogate;
- Progettazione di un piano di redistribuzione dei carichi di lavoro nelle strutture erogatrici delle prestazioni che presentano tempi di attesa elevati e che maggiormente sono richieste dalla popolazione.
- Progettazione di un piano di prenotazioni con il sistema dell'“overbooking”;
- Controllo e monitoraggio del fenomeno del “drop out” con creazione di un servizio di chiamata dell'utente a casa per richiedere conferma della prenotazione;
- Istituzione di un NUMERO VERDE 800050302 – SERVIZIO DISDETTA.
- Monitoraggio continuo delle prestazioni con tempi di attesa critici con conseguente intervento correttivo temporaneo, mediante l'effettuazione di prestazioni specialistiche integrative (ASI) qualora la struttura erogatrice non sia in grado di garantire la prestazione in regime istituzionale, per come previsto dalla Delibera Regionale N. 126 del 5/12/2012.
- Nel rispetto della normativa vigente (art. I. comma 282, legge finanziaria 2006), che impedisce la sospensione dell'attività di prenotazioni delle prestazioni, l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, ha elaborato un protocollo operativo da adottare in casi di criticità che si verificano per gravi e giustificati motivi:
 - ✓ il responsabile dell'erogazione della prestazione, contestualmente all'avvio delle procedure per il pronto ripristino delle attività, comunica la difficoltà tecnica alla UUOO di appartenenza, al Responsabile CUP.
 - ✓ La Responsabile CUP prende contatto con i diretti interessati (Ufficio Tecnico, Ingegneria Clinica) che accertano le cause del fermo, valutano i tempi di ripristino e decidono di avallare il fermo.
 - ✓ La comunicazione deve essere inoltrata al Direttore Generale che informa il Dipartimento Tutela della Salute.
- Separazione delle agende delle “prime visite” da quelle degli esami di controllo.
- Monitoraggio del tempo intercorrente tra esecuzione della prestazione e rilascio del referto: a tale riguardo si è già data indicazione alle varie UUOO affinché tale tempo sia contenuto entro limiti che non pregiudichino la prognosi dell'assistito.
- Istituzione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) che hanno come obiettivo quello di garantire la presa in carico di pazienti con diagnosi “sospetta” o “accertata” di patologia nelle diverse fasi di conferma diagnostica e terapia, in coerenza con le linee guida disponibili basate sulle prove di efficacia e con le più attuali linee di ricerca scientifica.
- Istituzione di un percorso di accettazione ospedaliera per pazienti disabili sindromici

(DAMA), al quale si può accedere anche tramite Call-Center (nr. Verde 800033163) che provvede a semplificare l'accesso in Ospedale.

- Implementazione di Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali Complessi (APA/PAC) per come individuati dal Decreto Regionale n.47 del 21/06/2011.

In tal modo, il ricovero ospedaliero per le prestazioni incluse negli APA o nei PAC, è riservato ai soli casi in cui, per le particolari condizioni del paziente, il trattamento ambulatoriale non può offrire sufficienti garanzie di sicurezza.

E' stata predisposta, in via straordinaria, in attesa di un'autorizzazione regionale, la possibilità di erogare alcune prestazioni ambulatoriali non più in regime di ricovero ordinario e/o diurno ma in un setting assistenziale più appropriato. Sono stati, pertanto, creati dei percorsi diagnostici terapeutici in considerazione delle condizioni cliniche e problematiche sociali del paziente:

- ❖ -trattamenti di radioterapia metabolica per ipertiroidismo
- ❖ -ricerca metastasi nel carcinoma della tiroide con TSH ricombinante
- ❖ -valutazione diagnostica e clinica delle rino-cito-allergie
- ❖ -valutazione diagnostica e clinica delle patologie vescicali in età pediatrica

Con DCA n°5 del 18/01/2017 sono stati già autorizzati altri tre PAC relativamente agli interventi sulla retina, sull'orbita e interventi primari sull'iride e, pertanto, sono state predisposte anche per essi le procedure amministrative necessarie per la loro applicazione. Gli APA e i PAC seguono il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (TS/FLUSSO, MEF/FLUSSO, ASA) e la loro programmazione, prenotazione e pagamento ticket, se dovuto, vengono gestite tramite CUP.

2. GOVERNO SULLA DOMANDA

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha recepito le indicazioni regionali e nazionali che costituiscono, pertanto, punti vincolanti della politica di gestione delle liste di attesa e per lo sviluppo del conseguente piano esecutivo.

E' stato recepito integralmente l'elenco delle prestazioni

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Gruppo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	1.1	Visita cardiologica	89.7	8
2	1.2	Visita Chirurgia vascolare	89.7	14
3	1.3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	1.4	Visita neurologica	89.13	32
5	1.5	Visita oculistica	95.02	34
6	1.6	Visita ortopedica	89.7	36
7	1.7	Visita ginecologica	89.26	37
8	1.8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	1.9	Visita urologica	89.7	43
10	1.10	Visita dermatologica	89.7	52
11	1.11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	1.12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	1.13	Visita oncologica	89.7	64
14	1.14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Gruppo	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per immagini			
15	2.1	Mammografia	87.37.1; 87.37.2
16	2.2	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	2.3	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	2.6	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	2.7	Ecocolordopplergrafia cardiaca	88.72.3
29		Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30		Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	2.6	Ecografia Addome (superiore, inferiore, completo)	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1
32	2.4	Ecografia Mammella	88.73.1; 88.73.2
33	2.5	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78; 88.78.2

Altri esami Specialistici			
34	3.1	Colonscopia	45.23; 45.25; 45.42
35		Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36		Esofagogastroduodenoscopia	45.13; 45.16
37	3.2	Elettrocardiogramma	89.52
38	3.3	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	3.2	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41; 89.43
40	3.4	Audiometria	95.41.1
41	3.5	Spirometria	89.37.1; 89.37.2
42	3.6	Fondo Oculare	95.09.1
43	3.7	Elettromiografia	93.08.1

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono state prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche / terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del

paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono state escluse le prestazioni di controllo.

Sono prestazioni di primo accesso anche quelle che il medico specialista che osserva per primo il paziente richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico; per i pazienti con diagnosi già definita, ovvero affetti da malattie croniche, si considera lo stesso come primo accesso la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva.

Sono state recepite le classi di priorità ed i relativi tempi massimi di attesa entro cui devono essere erogate le prestazioni, da utilizzare nella compilazione della ricetta, da garantire a regime ad almeno il 90% degli utenti prenotati.

- **classe U** = urgente, prestazione da assicurare entro le 72 ore;
- **classe B** = breve, prestazione da assicurare entro 10 giorni;
- **classe D** = differibile, prestazione da assicurarsi entro 30 giorni se visita o entro 60 giorni se indagine strumentale;
- **classe P** = programmata, prestazione non prioritizzata; da assicurarsi comunque entro 180 giorni.

L'analisi dei semestri del 2017 e del I semestre 2018 consente un confronto indicativo dei relativi tempi di attesa medi delle prestazioni critiche svolte in regime istituzionale .

La riduzione dei tempi di attesa che si registra per alcune prestazioni critiche erogate nei *primi accessi* è da imputare alla riorganizzazione in azienda delle agende ambulatoriali per *classe di priorità* e soprattutto al maggior utilizzo dei *codici di priorità* da parte dei medici prescrittori. Il dato è destinato a migliorare sicuramente nei prossimi mesi tenendo conto che i Medicina Generale e anche i medici ospedalieri hanno iniziato a prescrivere con la ricetta dematerializzata che obbliga gli stessi ad indicare sia il *determinante clinico* che il *codice di priorità*.

I tempi di attesa delle prestazioni erogate in modalità di *primo accesso* ed in regime istituzionale sono migliorati proprio grazie all'utilizzo dei codici di priorità delle prescrizioni.

Per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni critiche in regime di Libera Professione i volumi registrati nel I semestre 2017 sono essenzialmente sovrapponibili a quelli del I semestre 2018.

3. Modalità di prescrizione delle prestazioni ambulatoriali

In aderenza con le linee-guida, il Piano Regionale ha previsto che, nella prescrizione di prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN, il soggetto prescrittore, sia esso medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o medico specialista, dipendente o convenzionato, riporti sul ricettario SSN:

1. la classe di priorità, come definita in precedenza; questa informazione deve essere biffata a stampa o, se compilata a penna, controfirmata dal medico prescrittore. In caso di mancata indicazione del codice di priorità la prestazione sarà considerata come programmata;
2. il quesito diagnostico (codice ICD-IX-CM) che motiva la richiesta della prestazione. In caso di mancata indicazione del quesito diagnostico la prestazione sarà considerata come programmata.

Per ottemperare a quanto previsto dalla normativa vigente sono stati effettuati interventi di comunicazione / informazione e trasmissione di dette modalità ai medici prescrittori. Inoltre sono stati predisposti fac simili di prescrizioni specialistiche, riducendo così il rischio di errore.

4. Piano di comunicazione multimediale

Il presente Piano, in linea con le indicazioni regionali, prevede una particolare attenzione nel fornire al cittadino le informazioni necessarie per la fruizione consapevole dei servizi offerti e l'affermazione dei propri diritti.

Nell'ambito delle riorganizzazione delle funzioni URP, sarà prevista una specifica e particolare attenzione agli aspetti organizzativi connessi all'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ed alla gestione delle liste e tempi di attesa, sia attraverso attività di “sportello” o “comunicazione diretta”, sia attraverso appositi strumenti di comunicazione cartacea (locandine, depliant e brochure) e multimediale (sito web aziendale).

Detto materiale informativo cartaceo (locandine, depliant e brochure) e multimediale sarà predisposto per i medici prescrittori e gli assistiti, nonché sarà diffuso presso i punti di prenotazione (CUP) e mediante il sito web aziendale. Saranno prese in considerazione:

- le condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia del tempo d'attesa (rifiuto della prima disponibilità prospettata dal CUP o dallo specialista ospedaliero per il ricovero);
- le modalità da osservare per la disdetta delle prenotazioni.

Riveste particolare importanza il sito web Aziendale attraverso il quale comunicare periodicamente i risultati delle attività di monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare relative a:

- rilevazioni aziendali delle settimane indice;
- report di monitoraggio aziendali.

Il piano della comunicazione coinvolgerà, pertanto, tutte le strutture aziendali deputate alla informazione, formazione, relazioni con il pubblico, relazioni sindacali, informatiche, rapporti con i medici prescrittori ed erogatori.

5. Sviluppo PDTA -

L'Azienda ha in questi anni sviluppato alcuni PDTA volti alla presa in carico dei pazienti cronici, nonché ha elaborato alcuni PDTA aziendali in particolare per quanto attiene le dimissioni ospedaliere.

Pur raggiungendo buoni risultati localmente, tali interventi, , non si sono dimostrati idonei ad incidere sistematicamente sulla appropriatezza delle prestazioni erogate e, conseguentemente, sulla riduzione delle liste d'attesa.

- **TUMORI FEMMINILI**
- **EPATOCARCINOMA**
- **TIA**
- **STROKE**
- **TRAPIANTO RENALE**

- **COPPIA INFERTILE**
- **RETINOPATIA PRETERMINE**
- **OSTEONECROSI DELLA MANDIBOLA**
- **EVENTO ISCHEMICO MAGGIORE CON FORAME OVALE PERVIO**
- **ANEMIA DEL PZ ADULTO-ANZIANO**
- **PLEURITI INFETTIVE**
- **SINCOPE**
- **MALATTIA AORTICA ACUTA**
- **REFLUSSO VESCICoureTERALE NEL BAMBINO**
- **FIBROSI POLMONARE IDIOPATICA**
- **MALARIA**
- **ANTIBIOTICO TERAPIA**
- **DOLORE ONCOLOGICO**
- **CHIRURGIA BARIATRICA**
- **COMPLICANZE OSTETRICHE**
- **PDTA**
- **DIALISI PERITONEALE**
- **FRATTURA FEMORE**
- **PDTA: PAZ AFFETTO DA MICROANGIOPATIA TROMBOTICA**

Altri strumenti e procedure -

La riorganizzazione dell'offerta deve prevedere inoltre specifici strumenti e procedure per ridurre le assenze alle prestazioni prenotate, quali la procedura di Recall dei pazienti prenotati e reinserimento in lista nelle prenotazioni. E' in fase di allestimento la procedura di pagamento della prestazione in caso di mancata presentazione all'appuntamento senza disdetta, ovvero di mancato ritiro del referto.

6. Verifica appropriatezza prescrittiva

Il Piano prevede la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, ed in particolare:

- l'utilizzo delle classi di priorità;
- la presenza e l'accuratezza del quesito diagnostico;
- la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli;
- sviluppo reportistica riferito a PDTA

7. Flussi formativi

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza con il presente Piano prevede e garantisce la completezza e l'accuratezza dei dati rilevati e la trasmissione sistematica dei flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, con il rispetto dei tempi e delle modalità

previste.

Inoltre, sono stati implementati e già attuati:

- monitoraggio ex-ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali limitatamente ai primi accessi e alle classi di priorità B e D, nella prima settimana di ottobre e aprile di ogni anno;
- monitoraggio ALPI e volumi prestazioni istituzionali, effettuato in concomitanza delle settimane indice di cui sopra;

Viene eseguito, altresì, il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione secondo le indicazioni previste dal DCA 437 / 2013, relativo agli eventi di sospensione delle attività di erogazione di durata superiore a un giorno, ed escludendo le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, attraverso le proprie risorse, ha elaborato per le prestazioni ambulatoriali una reportistica interna con frequenza trimestrale che descrive:

- volumi di attività;
- tempi di attesa istituzionale/ALPI;
- volumi APA/PAC

8. Strategie di modulazione della produzione

Al fine di assicurare la migliore coerenza del sistema di offerta rispetto all'entità e alla distribuzione dei bisogni, si prevede di:

- riorganizzare l'offerta di prestazioni destinando progressivamente alle agende prenotabili secondo le classi di priorità una percentuale più elevata di prestazioni complessive, coinvolgendo le strutture sanitarie dell'ASP, considerata l'appartenenza al CUP provinciale.;
- aumentare l'offerta di prestazioni critiche ambulatoriali mediante processi di riorganizzazione ed efficientamento della produzione aziendale;
- identificare e valutare, con le strutture dell'Asp, i reali bisogni della popolazione e calcolare i volumi di prestazioni da destinare alle agende prenotabili secondo le classi di priorità ovvero a percorsi riservati/dedicati.

9. Alternative di accesso alle prestazioni

Con lo sviluppo del Piano, e soprattutto in seguito al monitoraggio delle prestazioni erogate e dei tempi di attesa, si verificherà la possibilità e l'entità del superamento dei tempi massimi.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza definirà gli strumenti, le sedi di erogazione, le

procedure e le modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non si riuscirà a garantire l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi di attesa.

In particolare, qualora i tempi di attesa per le prestazioni critiche dovessero stabilmente essere maggiori dei 30 (viste) / 60 (prestazioni strumentali) giorni, l'Azienda Ospedaliera intende confermare alcuni interventi già adottati :

- allineamento dei tempi di attesa dell'Attività Libero Professionale in quelle UU.OO. in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino quelli previsti dal DCA 437 /2013;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale in produttività aggiuntiva secondo quanto previsto dall'ex art.55 .
-

10.Regolamentazione delle attività ambulatoriali in Libera Professione

L'esercizio dell'Attività Libero Professionale non può essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e non deve causare il prolungarsi dei tempi di attesa dell'attività istituzionale in misura significativamente superiore rispetto a quelli dell'attività libero professionale.

In base a tale principio l'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha previsto nell'ambito del Regolamento della Libera Professione specifici strumenti e procedure di governo e controllo (Del.N324 del 19/07/2017).

L'esercizio dell'attività Libero Professionale potrà essere sospeso dal Direttore Generale, o suo delegato, nel caso di persistente violazione dei parametri fissati dall'Azienda in ordine ai volumi di attività, liste di attesa e tempi di esecuzione delle prestazioni, su proposta della Commissione Paritetica, formulata direttamente o previa segnalazione della U.O “Gestione Alpi” o del direttore medico/amministrativo della struttura di riferimento.

La Commissione paritetica ALPI, istituita con Deliberazione del DG ha, inoltre, il compito di verificare il mantenimento di un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale (ivi compresa la produttività aggiuntiva):

- verifica annualmente i volumi di attività attraverso il monitoraggio effettuato dagli uffici preposti;
- esprime pareri in ordine all'applicazione delle sanzioni;
- valuta i dati relativi all'attività libero professionale intramoenia e, su relativi effetti, sull'organizzazione complessiva, con particolare riguardo al controllo del rispetto dei volumi di attività libero professionali, concordati con singoli dirigenti e con le equipe;
- segnala al Direttore Generale, i casi in cui si manifestino variazioni quali-quantitative

ingiustificate tra le prestazioni istituzionali e quelle rese in regime di intramoenia, proponendo al Direttore Generale dei provvedimenti migliorativi o modificativi nell'organizzazione della libera professione intramoenia o dal regolamento.

I parametri di valutazione:

- per le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale - espletamento di tutte le prestazioni in favore di pazienti ricoverati e/o consulenze interne esplicitate nel Piano Aziendale dei volumi di attività concordati ed esecuzione di tutte le prestazioni in favore di pazienti esterni, nell'ambito dei volumi di attività concordati con l'Azienda quale attività istituzionale.

Il monitoraggio delle prestazioni, sulla base dei dati pervenuti dalla U.O. ALPI aziendale, avverrà con cadenza trimestrale, tenuto conto del Piano Aziendale dei volumi di attività.

Procedura:

- il Direttore Sanitario Aziendale, in qualità di Presidente della Commissione Paritetica, su segnalazione della U.O. “Gestione Alpi”, contesta formalmente le irregolarità riscontrate nell'ambito delle attività di verifica e controllo, assicurando al dipendente un congruo termine per la presentazione di eventuali controdeduzioni e dandone comunicazione al Direttore Generale;
- il Direttore Generale provvede all'applicazione delle sanzioni, sentita la proposta della Commissione Paritetica.

Le violazioni più significative che la Commissione Paritetica prende in considerazione sono:

- a. reiterata mancata timbratura (almeno per 3 volte/mese);
- b. numero prestazioni eseguite in Alpi superiori a quelle effettuate in regime istituzionale;
- c. prestazioni eseguite fuori dell'orario autorizzato;
- d. prenotazioni effettuate fuori dalle regole stabilite dall'art. 19 del presente regolamento;
- e. ritardato versamento dei proventi incassati direttamente dal professionista (visite domiciliari).

Per quanto riguarda invece le modalità di prenotazione.

II. Modalità di accesso alle prestazioni programmabili

Analogamente alle prestazioni prenotabili secondo le classi di priorità, anche le prestazioni programmabili e/o riservate a percorsi interni devono prevedere criteri, modalità e procedure esplicite e verificabili di ammissione, per garantire all'utenza trasparenza ed equità d'accesso.

In tal senso ogni U.O. erogatrice deve formalmente indicare e rendere pubblici e

verificabili i criteri clinici di accesso alle prestazioni programmabili/di controllo, qualora non già definiti da specifici protocolli.

In particolare, per ogni PDTA sono definiti i criteri/modalità/procedure di accesso alle prestazioni programmate che ne fanno parte.

In ogni caso, tutte le prestazioni ambulatoriali potranno essere erogate solo se inserite in agende CUP, mentre per alcune prestazioni altamente specialistiche sono state elaborate agende CUP riservate:

12. Formazione e coinvolgimento dei medici prescrittori

L’Azienda ha svolto e continuerà a svolgere specifici programmi di formazione dei medici prescrittori, sia sui criteri clinici di accesso alle classi di priorità, sia per la definizione ed implementazione dei PDTA per le principali patologie croniche e per l’adozione di Linee Guida e Protocolli diagnostici basati su evidenze di efficienza ed efficacia

Specifici progetti di formazione sull’appropriatezza clinica e prescrittiva sono stati già inseriti nell’ambito dei Piani Formativi Aziendali.

13. Attività di ricovero : è stato recepito l’elenco delle prestazioni critiche in regime di ricovero.

I. Elenco delle prestazioni critiche in regime di ricovero

50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	Codice 185
51	Interventi chirurgici tumore Colon Retto	45.7x; 45.8; 48.5; 48.6	Categoria 182
52	Interventi chirurgici tumore dell'Utero	Da 68.3 a 68.9	
53	By pass aortocoronarico	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	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3; 32.4; 32.5; 32.9	Categoria 162
58	Tonsillectomia	28.2; 28.3	
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	85.4x	Categoria 174

2. Classi di priorità e tempi massimi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero

Sono stati recepiti le seguenti classi di priorità e tempi massimi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero:

- **Classe A:** ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe B:** ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe C:** ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

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

3. Attività di ricovero -

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero, l'applicazione delle classi di prenotazione sia in fase di prescrizione che di prenotazione è già attuata in tutte le strutture attraverso l'inserimento in lista di attesa/agende informatizzate, anche se tale procedura allo stato attuale non è perseguita da tutte le Unità Operative. Quanto segnalato determina evidenti limiti di precisione, coerenza e di interpretazione di alcuni elementi, che determinano da un lato problemi di verificare e garantire trasparenza ed equità di accesso, dall'altro la possibilità di ricavare report e monitorizzare il fenomeno con sufficiente grado di attendibilità. Pertanto l'Azienda completerà in modo sistematico e diffuso, il processo di applicazione dell'informatizzazione del percorso/agende di ricovero programmato, collegando le stesse agli applicativi informatici ambulatoriali