

del 04/10/2019

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

**- Dott. Fernando Antonio Compostella -
nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale del Veneto
n. 195 del 30.12.2015 e
confermato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale del Veneto
n. 160 del 30.12.2016**

OGGETTO: Adozione del Piano Attuativo Aziendale 2019-2021 per il Governo delle Liste d'Attesa (PAAGLA) in ottemperanza alla DGRV n.1164 del 6 agosto 2019 ad oggetto" Adozione del Piano regionale di Governo delle Liste d'attesa (PRGLA) a seguito del recepimento dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 con DGR del 23 aprile 2019 n.479.Deliberazione n.69/CR del 28 giugno 2019".

Struttura UOC Direzione amministrativa territoriale

Si attesta l'avvenuta regolare istruttoria
del presente provvedimento proposto
per l'adozione in ordine alla legittimità
con ogni altra disposizione regolante la materia.

Il Direttore della Unità Operativa Complessa

Dott.ssa Antonella Zennaro

Il Direttore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale, Dott.ssa Antonella Zennaro, riferisce quanto segue.

- In data 21 febbraio 2019 è stata raggiunta l'intesa nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, al fine di recepire il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) per il periodo 2019-2021.
- Il PNGLA, che nasce con l'intento di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, prevede che le Regioni recepiscano l'Intesa e adottino il proprio Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA).
- Con DGRV n. 479 del 23 aprile 2019, la Regione Veneto ha recepito l'Intesa n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, e i documenti Allegati: A " Piano nazionale di governo delle liste d'attesa", B" Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi d'attesa" e D "Glossario in materia di liste d'attesa";
- Con la medesima DGRV n. 479/2019 non è stato recepito l'allegato C "Procedura gestionale del modello RAO" in forza del deliberato dell'Intesa che prevede la possibilità, da parte delle Regioni e Province Autonome, di adottare diversi modelli di governo clinico e considerato che nella Regione Veneto sussistono già strumenti efficaci di governo clinico che regolano l'offerta e la domanda di prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali, pienamente coerenti con i principi generali del PUNGLA e già migliorativi nella gestione dei tempi d'attesa.
- Con successiva DGRV n. 1164 del 6 agosto 2019, la Regione Veneto ha adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) che definisce un percorso per il Governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.
- La medesima DGRV n. 1164/2019 ha stabilito che le Aziende ULSS, Ospedaliere e IRCCS debbano predisporre i Piani Attuativi Aziendali (PAAGLA) entro 60 giorni dall'adozione del PRGLA.
- I competenti uffici aziendali hanno, pertanto, provveduto a predisporre il documento, il cui testo si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

Per tutto quanto sin qui enunciato, la Dott.ssa Antonella Zennaro, nella riferita qualità di Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale, in ottemperanza alle disposizioni regionali, propone di adottare il Piano Attuativo Aziendale 2019-2021 per il Governo delle Liste d'Attesa (PAAGLA), allegato al presente provvedimento.

IL DIRETTORE GENERALE

- In relazione a quanto sopra riferito e preso atto che il Direttore della UOC proponente, competente dell'istruzione dell'argomento in questione, ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;
- Vista l'intesa n. 28/CSR del 21 febbraio 2019;
- Viste la DGRV 479/2019 e la DGRV 1164/2019;

- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e del Direttore dei Servizi Socio sanitari, ai sensi dell'art. 16 della L.R. n. 56/94 e successive modificazioni ed integrazioni;

D E L I B E R A

1. di prendere atto della DGRV n. 1164 del 6 agosto 2019 ad oggetto "Adozione del Piano regionale di Governo delle Liste d'attesa (PRGLA) a seguito del recepimento dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 con DGR del 23 aprile 2019 n.479.Deliberazione n.69/CR del 28 giugno 2019";
2. di approvare l'allegato documento, parte integrante e sostanziale del presente atto, recante il Piano Attuativo Aziendale 2019-2021 per il Governo delle Liste d'Attesa (PAAGLA) dell'Azienda ULSS 5 Polesana;
3. di trasmettere copia del presente provvedimento alla Direzione Programmazione Sanitaria- LEA, Area Sanità e Sociale della Regione Veneto;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio aziendale.

Responsabile del Procedimento: Dott.ssa Antonella Zennaro

Referente dell'istruttoria: Dr.ssa Federica Fenzi

* * * * *

Pareri favorevoli in quanto di competenza:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Urbano Brazzale

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Edgardo Contato

IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

Dott.ssa Paola Casson

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. F. Antonio Compostella

Il presente atto, eseguibile dalla data di adozione:

- è soggetto a controllo ☐ ;
- non è soggetto a controllo ☒ X

Rovigo, 07/10/2019

Il Direttore UOC Affari Generali

Dr.ssa Patrizia Davì

Attestazione di pubblicazione

Copia del presente atto è pubblicata all'Albo on line dell'Azienda per 15 giorni consecutivi da oggi.

Rovigo, 07/10/2019

Il Direttore UOC Affari Generali

Dr.ssa Patrizia Davì

Copia del presente atto viene inviata in data odierna al Collegio Sindacale (ex art. 10, comma 5, L.R. 56 del 14.9.94)

Rovigo, 07/10/2019

Il Direttore UOC Affari Generali

Dr.ssa Patrizia Davì

Copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Rovigo,

Il Direttore UOC Affari Generali

Dr.ssa Patrizia Davì

Da distribuire a:		
DIRETTORE GENERALE	☐	UOC GESTIONE RISORSE UMANE ☐
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐	UOC DIREZIONE AMM.VA TERRITORIALE ☐
DIRETTORE SANITARIO	☐	UOC DIREZIONE AMM.VA OSPEDALIERA ☒ X
DIRETTORE SERVIZI SOCIO-SANITARI	☐	UOC CONTROLLO DI GESTIONE ☒ X
COLLEGIO DI DIREZIONE	☐	UOC DIREZ. PROFESSIONI SANITARIE ☐
DIREZIONE FUNZIONE OSPEDALIERA	☐	UOC ASS. FARMACEUTICA TERRITORIALE ☐
DIREZIONE FUNZIONE TERRITORIALE	☐	UOC FARMACIA OSPEDALIERA ☐
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	☐	UOC DISABILITA' NON AUTOSUFFICIENZA ☐
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	☐	UOC INFANZIA, ADOL.E FAM.DISTRETTO 1 ☐
UOC DISTRETTO 1 ROVIGO	☒ X	UOC INFANZIA, ADOL.E FAM.DISTRETTO 2 ☐
UOC DISTRETTO 2 ADRIA	☒ X	UNITA' OPERATIVA PER IL SOCIALE ☐
UOC DIREZIONE MEDICA OSP. RO-TRE	☒ X	UOC PSICHIATRIA ☐
UOC DIREZIONE MEDICA OSP. ADRIA	☒ X	UOC SERD ☐
POLO FORMATIVO	☐	UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO ☐
UOC AFFARI GENERALI	☐	UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA AMB. ☒ X
UOC CONTABILITA' E BILANCIO	☐	UOS MEDICO COMPETENTE ☐
UOC PROVV. ECONOM. LOGISTICA	☐	UOS INTERNAL AUDITING E CERT.BIL. ☐
UOC SERVIZI TECNICI PATRIMONIALI	☐	
		UFFICIO PROTEZIONE DATI ☐
		UFF. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE ☐
		UFF. RELAZIONI CON IL PUBBL.E COMUNICAZIONE ☐



PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2019 - 2021

PER IL GOVERNO DELLE DELLE LISTE DI ATTESA - P.A.A.G.L.A. -

Ex D.G.R.V. 1164 del 6 agosto 2019

Specialistica - Ricoveri

Ottobre 2019

INDICE

Premessa	Pag. 3
Obiettivi e scopi del documento	Pag. 4
Attività di specialistica ambulatoriale	Pag. 5
Analisi del contesto territoriale dell'AULSS 5 Polesana	Pag. 7
I tempi di attesa in specialistica ambulatoriale	Pag. 8
Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale	Pag. 9
Modalità attuative aziendali per il governo delle liste di attesa	Pag. 16
Governo della domanda	Pag. 16
Governo dell'accesso alle prenotazioni (CUP Aziendale-Provinciale)	Pag. 20
Governo dell'offerta	Pag. 26
Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio	Pag. 28
Informazione e comunicazione sulle liste di attesa (trasparenza).....	Pag. 28
Monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali	Pag. 29
Azioni/misure in caso di superamento tempi attesa standard.....	Pag. 29
Attività di ricovero	Pag. 30
Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmabili	Pag. 30
Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi	Pag. 31
Trasmissione del PAAGLA	Pag. 31

Premessa

La tematica delle liste di attesa in ambito di ricoveri programmati e di specialistica ambulatoriale è tra i maggiori “sforzi” 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 deve trovare una risposta aggredendo la problematica su diversi 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 periodico monitoraggio;
- governo dell’appropriatezza della domanda mediante l’attuazione dei PDTA o di protocolli prescrittivi con 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 sia 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 come la recente DGRV 1164 del 06 agosto 2019, e prevedendo lo sviluppo nel tempo, di tutte le attività necessarie alla progressiva messa a regime del sistema in attesa, inoltre, dell’attivazione del nuovo SIO Regionale che potrebbe anche riportare ad una reingegnerizzazione dei processi assistenziali e un miglioramento del sistema di monitoraggio e di controllo.

Obiettivi e scopi del documento

Il presente documento aziendale si propone di adottare il Piano Regionale del Governo delle Liste di Attesa di cui **l'Allegato A, della DGRV n. 1164 del 06/08/2019** ad oggetto "Adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) a seguito del recepimento dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa per il triennio 2019-2021 con DGR del 23 aprile 2019 n. 479". Deliberazione n. 69/CR del 28 giugno 2019.

Si richiama la seguente *più recente* normativa e alcuni passaggi ritenuti significativi, ovvero:

- Il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021, di cui all'Intesa Stato - Regioni del 21 febbraio 2019;
- La Delibera Regionale del 23 aprile 2019 n. 479 che nel rispetto delle scadenze previste la Regione Veneto ha recepito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano siglata il 21 febbraio 2019, demandando alla **DGRV n. 1164 del 06/08/2019** l'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA);
- Come già sopra richiamata la DGR n. 479/2019, recepimento del PNGLA, la Regione Veneto non recepisce l'Allegato C dello stesso, che individua i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e il manuale operativo, come uno degli strumenti del Governo delle Liste di Attesa.

La Regione Veneto evidenzia che i principi generali e le specifiche linee d'intervento individuati dal nuovo PNGLA, sono già stati attuati dalle normative regionali, specificatamente:

- legge regionale n. 19/2016, in particolare all'articolo 28, la "Riduzione delle liste di attesa;
- legge regionale n. 30/2016, in particolare l'articolo 38 "Interventi per il governo delle liste di attesa;
- legge regionale n. 48/2018, "Piano socio sanitario regionale 2019-2023".

Il presente Piano Attuativo Aziendale Governo Liste di Attesa, in coerenza al PRGLA, definisce un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Il PAAGLA è un documento aziendale di adozione entro i termini previsti **della DGRV n. 1164 del 06/08/2019, Allegato A** (PRGLA).

Attività di specialistica ambulatoriale

La capacità dei servizi sanitari di garantire a tutti i cittadini l'accesso equo alle prestazioni, entro tempi appropriati, è messo oggi in forte difficoltà dalla crescente domanda di prestazioni, fenomeno che si sta verificando in tutti i paesi avanzati.

Alla base della crescente domanda di servizi sanitari che sta caratterizzando le società Industrializzate, si individuano due elementi fondamentali: l'estrema fiducia nelle capacità di cura dei servizi sanitari e l'invecchiamento della popolazione. Nei paesi avanzati, infatti, i modelli comportamentali generano negli individui un forte affidamento nelle potenzialità (o meglio nel dovere) del sistema sanitario di ripristinare la propria condizione di salute e questo causa inevitabilmente un intenso impiego reiterato dei servizi. L'altro fattore che concorre all'aumento della domanda di prestazioni sanitarie è rappresentato dall'invecchiamento della popolazione, un indubbio successo dei sistemi sanitari moderni che, tuttavia, comporta l'aumento del numero dei soggetti che più di tutti necessitano di servizi sanitari. La domanda di prestazioni che ne consegue è davvero ingente, basti pensare ad esempio che in Italia vengono erogate ogni anno circa 900 milioni di prestazioni ambulatoriali (una media di 14-15 prestazioni ambulatoriali per cittadino) il che significa circa 3.500 prestazioni ogni minuto.

Le soluzioni intraprese per garantire il tempo adeguato alle prestazioni sanitarie sono e sono state innumerevoli, alcune delle quali si sono dimostrate fallimentari. Ad esempio, il semplice aumento dell'offerta tentato negli anni '90 ha causato, dopo un momento di apparente riduzione, un aumento dei tempi di attesa in conseguenza dell'ulteriore incremento della domanda. Questo fenomeno ha spinto in generale il sistema ad una profonda riflessione che si è sostanzialmente tradotta in tre direttrici di azione:

- migliorare l'efficienza del sistema per impiegare in modo ottimale le risorse disponibili;
- intervenire sull'uso appropriato delle prestazioni;
- responsabilizzare gli utenti per un uso adeguato dei servizi sanitari.

La bibliografia di riferimento evidenzia che in Italia i fattori responsabili dell'allungamento dei tempi e delle liste di attesa sono innumerevoli e riconducibili ai tre protagonisti coinvolti nel sistema di domanda e offerta di prestazioni sanitarie, ossia: il cittadino/utente, il medico prescrittore e il sistema di offerta/erogazione.

I comportamenti del **cittadino/utente** in grado di influenzare negativamente le liste di attesa, sono svariati e tra i più frequenti si distinguono:

- *il drop-out* - ossia la mancata presentazione all'appuntamento senza la preventiva disdetta, un fenomeno frequente (dal 10 fino al 50% delle prestazioni ambulatoriali prenotate) riconducibile a vari motivi quali, ad esempio, la sopravvenuta cessazione del problema all'origine della richiesta oppure la scelta di rivolgersi ad un altro erogatore pubblico o privato;
- *il rifiuto di una prestazione con tempo di attesa minore* pur di ottenere la prestazione presso specifiche strutture e/o determinati specialisti;
- *la frequente "auto-prescrizione"* o la richiesta di accertamenti sotto pressione delle informazioni reperite dai mass media / internet;
- l'abitudine di prenotarsi presso più erogatori, senza poi informare gli stessi della scelta di recarsi in una sola sede.

L'altro protagonista che gioca un ruolo cruciale è sicuramente il **medico prescrittore**. L'inappropriatezza prescrittiva, infatti, è una delle principali cause dell'eccesso di domanda e, di conseguenza, dei lunghi tempi di attesa. Alla base del fenomeno si riconoscono diversi fattori, tra i quali:

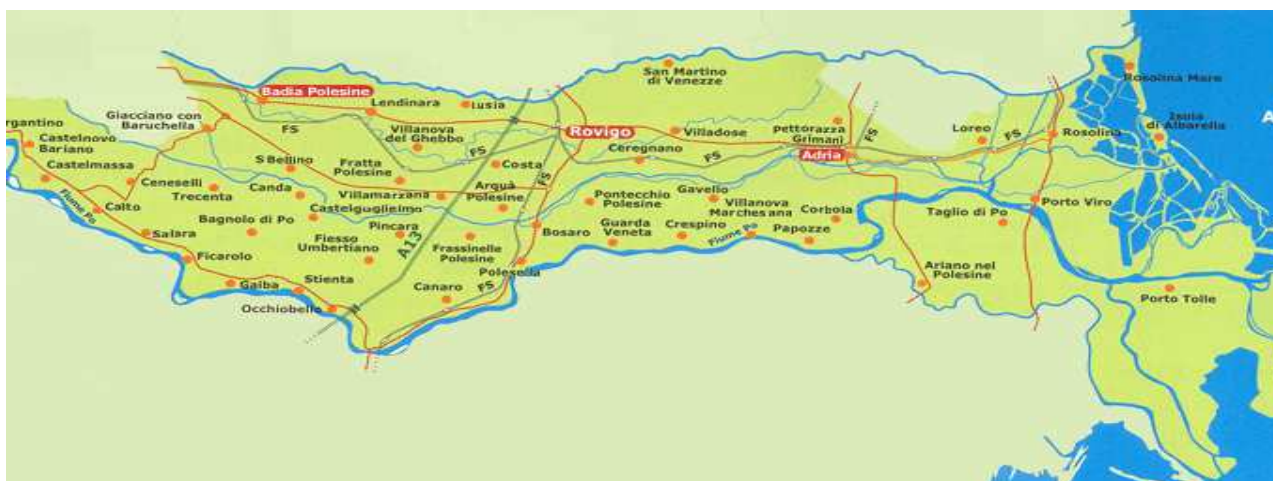
- la formazione universitaria spesso troppo incentrata sulla logica diagnostica;

- i limiti di conoscenza, per motivi oggettivi (evidenze scientifiche non disponibili, controverse o incerte) o soggettivi (insufficiente formazione e conoscenza verso linee di indirizzo prescrittivo, pratica e/o aggiornamento);
- la mancanza di linee guida e/o percorsi diagnostico-terapeutici condivisi;
- le particolari caratteristiche del rapporto medico-paziente (il primo, cui sono delegate le decisioni, agisce spesso come “agente” per il secondo, in presenza di un terzo pagante);
- l’oggettiva difficoltà a respingere la richiesta di accertamenti avanzata dal cittadino/utente sotto pressione delle informazioni dei mass media / internet;
- gli atteggiamenti di “medicina difensiva” ovvero quell’insieme di comportamenti per contrastare il rischio di contenziosi legali, piuttosto che perseguire l’interesse del paziente.

Per quanto riguarda **il sistema di offerta/erogazione**, l’allungamento dei tempi e delle liste di attesa può dipendere principalmente da tre motivi:

- un’offerta insufficiente, dovuta ad esempio alla carenza di professionisti, di centri territoriali e/o delle tecnologie disponibili;
- carenze organizzative (mancata integrazione ospedale/territorio, continua chiusura e riapertura delle agende di prenotazione per brevità dei contratti degli Specialisti, sottoutilizzo delle attrezzature e dotazioni presenti, ecc.);
- l’inadeguata gestione delle liste di attesa conseguente, ad esempio, all’inadeguatezza del Centro Unico di Prenotazione (CUP), all’assenza di controlli efficaci sull’appropriatezza o al mancato utilizzo della stratificazione della domanda per criteri di priorità.

Analisi del contesto territoriale dell'AULSS 5 Polesana



DISTRETTO 1
ROVIGO (Alto e Medio Polesine)
n. 41 Comuni.

DISTRETTO 2
ADRIA (Basso Polesine)
n. 10 Comuni.

Popolazione ULSS 5 Polesana

Nella tabella sottostante è riportato il trend della popolazione residente nel territorio di competenza aziendale. La tendenza, negli ultimi anni, è di un costante calo di popolazione, circa di 2000/anno, da riferirsi ad una fascia di età media tra i 25 e i 50 anni. Trattasi di duemila persone che, spostandosi, possiamo dedurre che siano in buona salute, in età lavorativa e che quindi abbiano in media meno bisogno del SSN (sia per la farmaceutica che per la specialistica).

	ISTAT AL 31/12/2015	ISTAT AL 31/12/2016	ISTAT AL 31/12/2017	▲ / anno
POPOLAZIONE EX ULSS18	170.758	169.329	167.728	
POPOLAZIONE EX ULSS19	72.337	71.779	71.165	
POPOLAZIONE ULSS 5	243.095	241.108	238.893	~ - 2.000

	PESATA AL 31/12/2015	PESATA AL 31/12/2016	ISTAT AL 31/12/2017	
POPOLAZIONE EX ULSS18	186.346	184.495	183.020	
POPOLAZIONE EX ULSS19	81.497	80.687	80.042	
POPOLAZIONE ULSS 5	267.843	265.182	263.062	~ - 2.000

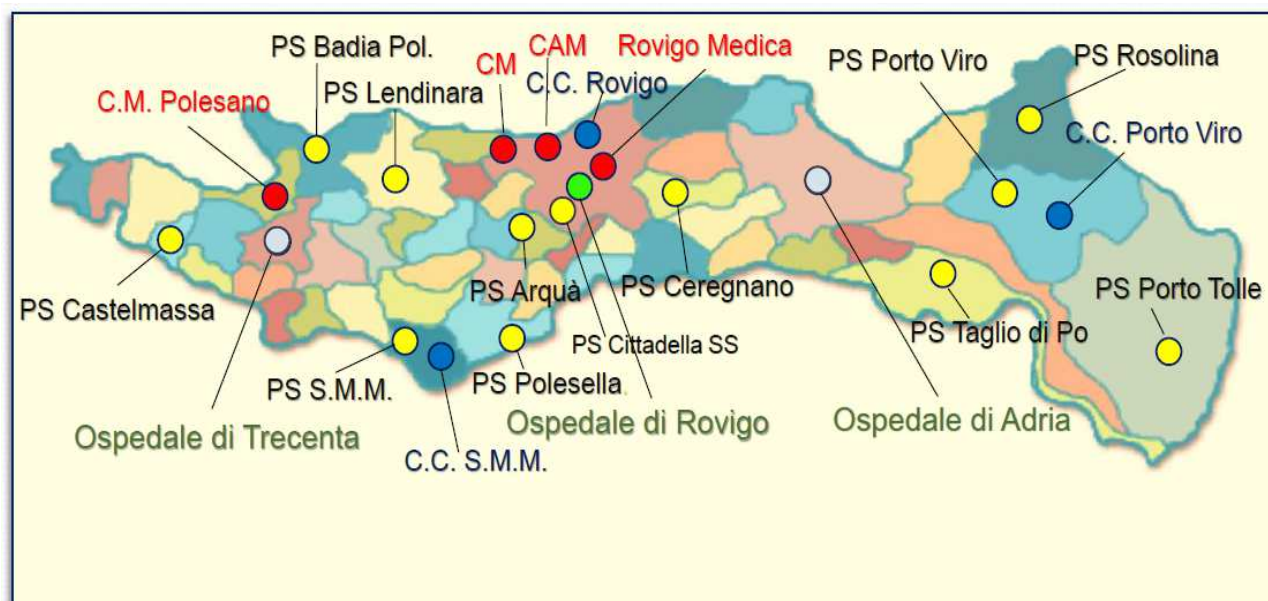
Popolazione considerata per il calcolo del procapite/pesato - Anno 2019

POPOLAZIONE ULSS 5 - ISTAT AL 01/01/2018 238.893

POPOLAZIONE ULSS 5 - PESATA AL 01/01/2018 263.062

- Trend in calo negli ultimi tre anni;
- Si conferma una riduzione di circa 2000 residenti/anno;
- La riduzione interessa sensibilmente le fasce di età intermedie;

Mappa provinciale dei punti di prenotazione ed erogazione servizi



- 1 Ospedale Pubblico HUB (Rovigo)
- 2 Ospedali Pubblici SPOKE (Adria e Trecenta)
- 12 Punti Sanità Territoriali
- 3 Case di Cura Private
- 4 Poliambulatori Privati
- 92 Farmacie (66 Distretto 1 e 26 Distretto 2)
- 166 MMG (118 Distretto 1 e 48 Distretto 2)
- 23 PLS (16 Distretto 1 e 7 Distretto 2)

I tempi di attesa in specialistica ambulatoriale

L'Azienda ULSS 5 recepisce quanto emanato con L.R. 30/2016, (Art. 38, comma 4, lettera f) in termini di tempistica massima di erogazione per singola prestazione e per singola classe di priorità ribadite in allegato A della DGR n.1164/2019. In particolare, dalla seguente tabella, si evince la differenziazione tra i parametri definiti a livello nazionale (PNGLA) e quelli definiti dalla Regione Veneto (PRGLA, L.R. 30/2016).

Classe di priorità	PNGLA 2019-2021	Legge Regionale 30/2016
Classe U (urgente)	Comunque entro 72 ore	Entro 24 ore dalla prenotazione
Classe B (breve)	Entro 10 giorni	Entro 10 giorni dalla prenotazione
Classe D (differibile)	Entro 30 giorni per le visite entro 60 giorni per le prestazioni diagnostiche	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe P (programmata)*	Da eseguire entro 120 giorni **	Entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore

Resta valido che l'Azienda ULSS 5 Polesana recepisce le percentuali di soddisfacimento delle prestazioni di specialistica entro i tempi di Attesa stabiliti nei diversi atti giuntali vigenti, nello specifico le DGRV emanate per la determinazione degli obiettivi per i Direttori Generali.

Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi massimi di attesa, l'Azienda ULSS 5 recepisce l'elenco delle prestazioni specialistiche di cui all'Allegato A della DGR 1164 del 06.08.2019 (vedi tabella sottostante).

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca nazionale	Codice Nuovi LEA
1	Prima Visita Cardiologica	89.7	2	89.7A.3
2	Prima Visita Chirurgia vascolare	89.7	5	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	9	89.7A.8
4	Prima visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

				mediastino)
18	TC DEL TORACE CON MCD SENZA E CON MDC	87.41.1	87.41.1	87.41.1 - TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
19	TC DELL' ADDOME SUPERIORE	88.01.1	88.01.1	88.01.1 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a cod. 88.01.2
20	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni
21	TC DELL' ADDOME INFERIORE	88.01.3	88.01.3	88.01.3 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a cod.88.01.4
22	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata
23	TC DELL' ADDOME COMPLETO	88.01.5	88.01.5	88.01.5 - TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3
24	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	88.01.6	88.01.6	88.01.6 - TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod. 88.01.2 e cod. 88.01.4
25	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03	87.03	87.03 - TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)
26	87.03.1 - TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1 - TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)
27	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	88.38.1	88.38.A	88.38.A - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. La prestazione

				sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.7 e con 88.38.9
28	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO	88.38.1	88.38.B	88.38.B - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9
29	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE	88.38.1	88.38.C	88.38.C - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9
30	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.D - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.8 e 88.38.9
31	88.38.E - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.E - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9
32	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.F - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.9
33	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5	88.38.5	88.38.5 - TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE
34	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1	88.91.1	88.91.1 - RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE

35	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2 - RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC
36	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4	88.95.4	88.95.4 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.8
37	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5 - RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso relativo distretto vascolare
38	RM DELLA COLONNA IN TOTO	88.93	88.93.6	
39	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC	88.93.1	88.93.B	
40	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO.	88.71.4	88.71.4	88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7
41	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	88.72.3	88.72.3	88.72.3 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFI A CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2
42	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI.	88.73.5	88.73.5	88.73.5 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFI A DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi
43	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	88.74.1	88.74.1	88.74.1 - ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse

				patologiche di origine peritoneale o retro. Incluso eventuale elastometria epatica. Non associabile a cod. 88.75.1, 88.76.1
44	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	88.75.1	88.75.1	88.75.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6
45	ECOGRAFIA DELL' ADDOME COMPLETO	88.76.1	88.76.1	88.76.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1
46	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1	88.73.1	88.73.1 - ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare
47	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA.	88.73.2	88.73.2	88.73.2 - ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare
48	ECOGRAFIA OSTETRICA	88.78	88.78	88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA
49	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	88.78.2	88.78.2	88.78.2 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1
50	88.77.4 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.2	88.77.4, 88.77.5	88.77.4 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi 88.77.5 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

51	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.23	45.23	45.23 - COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia
----	--	-------	-------	--

				con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso
52	POLIPECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA	45.42	45.42	45.42 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale
53	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.24	45.24	45.24 - RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)
54	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	45.13	45.13	45.13 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)
55	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA SEDE UNICA	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.16 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno
56	ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52	89.52	89.52 - ELETTROCARDIOGRAMMA.
57	DINAMICO. (Holter)	89.50	89.50	89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. (Holter)
58	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO o con pedana mobile	89.41	89.41	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)
59	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	89.44	89.44	89.44 - ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO.
60	ESAME AUDIOMETRICO TONALE.	95.41.1	95.41.1	95.41.1 - ESAME AUDIOMETRICO TONALE.
61	SPIROMETRIA SEMPLICE.	89.37.1	89.37.1	89.37.1 - SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4

62	SPIROMETRIA GLOBALE.	89.37.2	89.37.2	89.37.2 - SPIROMETRIA GLOBALE. (con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica)
63	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	95.11	95.11	95.11 - FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO SUPERIORE. ANALISI QUALITATIVA SINO A 6 MUSCOLI. NON ASSOCIABILE A 93.09.1 E 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO INFERIORE. ANALISI QUALITATIVA SINO A 4 MUSCOLI. NON ASSOCIABILE A 93.09.1 E 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) DEL CAPO SINO A 4 MUSCOLI. ANALISI QUALITATIVA. ESCLUSO: EMG DELL'OCCHIO (95.25) E POLISONNOGRAFIA (89.17).	93.08.1	93.08.C	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) DEL TRONCO. ANALISI QUALITATIVA SINO A 4 MUSCOLI.	93.08.1	93.08.D	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. VALUTAZIONE EMG DI SUPERFICIE O CON ELETTRODI A FILO (4 MUSCOLI) ASSOCIATO AD ESAME BASOGRAFICO PER LA DEFINIZIONE DELLE FASI DEL PASSO. NON ASSOCIABILE AD ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7).	93.08.1	93.08.E	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. VALUTAZIONE EMG DI SUPERFICIE O CON ELETTRODI A FILO (4 MUSCOLI).	93.08.1	93.08.F	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9

Modalità attuative aziendali per il governo delle liste di attesa

a) Governo della domanda

Definizione e modalità di accesso al SSN/SSR

A fronte di una domanda di servizi sempre crescente, negli ultimi anni si è rilevata la necessità di migliorare l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni e di porre maggiore attenzione all'individuazione di bisogni inespresi o difficoltà che limitano l'accessibilità ai servizi.

È necessario quindi un governo della domanda basato su principi di appropriatezza clinica e organizzativa che abbia come strategia fondamentale la gestione delle liste d'attesa e il corretto utilizzo delle classi di priorità, in coerenza sia al Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 e sia al PRGLA del 2019-2021. La definizione di priorità, attualmente utilizzata nella gestione dei ricoveri ospedalieri, delle cure specialistiche ambulatoriali, degli interventi chirurgici programmati nonché degli accessi di Pronto Soccorso, è finalizzata a aumentare il livello di appropriatezza.

Le attività sistematiche e continuative di valutazione sull'appropriatezza e sulla congruità prescrittiva sono ampiamente garantite attraverso l'uso della ricetta dematerializzata (DEMA).

Inoltre le norme e le circolari regionali prevedono azioni di miglioramento di tali principi garantendo:

- i. *utilizzo sistematico delle classi di priorità;*
- ii. *presenza del quesito diagnostico;*
- iii. *corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.*

A tale riguardo si richiama per completezza la normativa regionale in materia:

- DGRV del 13.3.2007 n. 600: *"Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui, all'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 "Piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGR n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.2006";*
- DGRV del 28.12.2007, n. 4548: *"Prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale: impiego dei ricettari standardizzati del Servizio Sanitario Nazionale ex articolo 50 Legge 24.11.2003 n. 326"*
- DGRV del 21.6.2011, n. 863: *"Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul PNGLA per il triennio 2010-2012 di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23.12.2005, n. 266 adozione del piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGR n. 600 del 13.3.2007";*
- DGRV del 12.3.2013, n. 320: *"Il governo delle Liste di Attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto";*
- Legge Regionale del 30.12.2016, n. 30: *"Collegato alla Legge di Stabilità Regionale 2017";*
- Legge Regionale del 21.12.2018, n. 48: *"Piano socio sanitario regionale 2019-2023";*
- DGR del 28.12.2018, n. 2022: *"Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto";*
- Circolare Regionale del 23.3.2018, n. 3689;
- Circolare Regionale del 26.5.2017, n. 207093;
- Circolare Regionale del 30.3.2015, n. 134186;
- Circolare Regionale del 28.7.2015, n. 308882;
- Circolare Regionale del 26.9.2014, n. 403775.

Tra i riferimenti normativi regionali, in ambito di regole di prioritarizzazione, ovvero di linee di indirizzo per l'attribuzione delle classi di priorità all'atto prescrittivo, con lo scopo di promuovere una appropriata prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono stati nel tempo le seguenti normative (vedi tabella sottostante).

Queste, sono il frutto del lavoro di tavoli tecnici costituiti da specialisti esperti in materia che, in alcuni casi hanno portato ad una revisione / aggiornamento o in altri casi alla nuova definizione di specifiche cliniche di prescrizione.

DGRV	DGRV Data	TITOLO DGRV
2611	07/08/2007	Visita Neurologica
2611	07/08/2007	Elettromiografia
2611	07/08/2007	ECO TSA
2611	07/08/2007	Visita Oculistica
993	05/06/2012	Mammografia
993	05/06/2012	Ecografia Mammella
993	05/06/2012	TC Torace
993	05/06/2012	Eco Addome
993	05/06/2012	TC Addome
993	05/06/2012	TC Rachide
993	05/06/2012	RMN Encefalo
993	05/06/2012	TC Cranio-Encefalo
993	05/06/2012	RM Rachide
2854	28/12/2012	Visita Gastro
2854	28/12/2012	Colonscopia
2854	28/12/2012	EGDS
38	05/04/2017	Visita Cardiologica
38	05/04/2017	Ecd tsa
38	05/04/2017	ECD AI ART o VEN
38	05/04/2017	ECD Aorta Addominale
38	05/04/2017	ECD Arterie Renali
38	05/04/2017	ECD arti inferiori
38	05/04/2017	ECD venoso arti inferiori
38	05/04/2017	ECD arterioso venoso arti superiori

DGRV	DGRV Data	TITOLO DGRV
38	05/04/2017	ECD venoso arti inferiori
38	05/04/2017	ECD arterioso venoso arti superiori
38	05/04/2017	ECO Cardiaca
38	05/04/2017	ECG Holter
38	05/04/2017	Test Cardiovascolare da sforzo
1	02/01/2018	RM > 65 - Lombalgia
1	02/01/2018	RM > 65 - Spalla
1	02/01/2018	RM > 65 - Ginocchio

Preso atto del lavoro di cui sopra, eseguito a livello regionale, e nell'ottica di implementare l'efficienza del sistema "domanda" in termini di appropriatezza sul territorio di competenza aziendale, sono state riprese le linee di indirizzo prescrittivo regionale (denominati poi a livello locale con l'acronimo LIP) per 7 branche specialistiche (quelle evidenziate ed in carattere colore blu nella tabella). Queste ultime sono state oggetto di analisi da parte dei Responsabili di Branca specialistica che hanno effettuato piccoli adattamenti locali e poi diffuse ai prescrittori territoriali. I LIP (Linee di Indirizzo Prescrittivo) sono necessari ad effettuare periodicamente degli audit clinici per la revisione sistematica delle attività e di altri strumenti propri della governance clinica, come anche meccanismi di autocontrollo facilitati da un sistema di reporting sul proprio prescritto, ovvero tra quanto prescritto nelle DEMA e quanto previsto dalle linee di indirizzo prescrittivo. Inoltre sono previsti anche momenti di integrazione ospedale territorio, per affinare e condividere sempre più le regole cliniche di accesso alle strutture erogative pubbliche e private convenzionate nel territorio dell'ULSS 5 Polesana.

L'Azienda ULSS 5 Polesana persegue l'efficacia dei servizi, con attenzione ai risultati assistenziali e gestionali riferiti all'appropriatezza (fare le cose giuste), alla qualità assistenziale e tecnico - amministrativa (far bene le cose), al gradimento dei pazienti e dei cittadini (rendere accettabile) e alla legittimità (fare il dovuto).

In particolare, l'Azienda ULSS 5 Polesana si impegna alla misurazione della performance assistenziali, alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, partecipando al buon governo delle risorse utilizzando gli strumenti citati.

Si recepisce, inoltre, che dal momento che la Regione Veneto emetterà dei provvedimenti che definiranno una validità dell'impegnativa sulla base della classe di priorità e della tipologia di prestazione, verrà effettuata una campagna di informazione/sensibilizzazione all'utenza sulla necessaria tempestività di primo contatto con l'AULSS 5, al fine di prenotare a CUP provinciale la prestazione prescritta salvaguardando la priorità ivi indicata (secondo quanto descritto al punto 6 dell'allegato A della DGRV n. 1164 del 06/08/2019).

Si recepisce e si precisa, come previsto dall'allegato A della DGR n. 1164 del 06 agosto 2019, che le prestazioni prescritte con classe di priorità B, oltre ad avere biffata la classe, presentano anche la dizione *"entro 10 giorni"*; Già ora il CUP non prende in considerazione la priorità nel caso che la ricetta non contenga una delle due indicazioni (secondo quanto descritto al punto 6 dell'allegato A della DGRV n. 1164 del 06/08/2019).

Per quanto riguarda le visite di controllo il medico prescrittore dovrà indicare sulla ricetta un tempo massimo di erogazione il cui rispetto diverrà oggetto di controllo da parte della Regione Veneto (secondo quanto descritto al punto 6 dell'allegato A della DGRV n. 1164 del 06/08/2019).

Correttezza prescrittiva

Facendo riferimento all'Allegato A della Dgr n. 320 del 12 marzo 2013 e alla circolare Regionale 369596 del 2015, il medico prescrivente ha l'obbligo di attribuire la classe di priorità (U-B-D-P) e di indicare il quesito diagnostico sia per le prestazioni di primo accesso che di controllo.

Le visite e le prestazioni diagnostico-strumentali di controllo, follow up e di approfondimento devono contenere, con particolare riferimento ai controlli al di fuori della normale presa in carico (es. casi di riacutizzazione), il quesito diagnostico ed il tempo d'attesa proposto dal prescrivente in relazione al bisogno di salute del paziente.

L'obbligo dell'adozione dei percorsi assistenziali e del rispetto delle regole della prioritarizzazione viene inserito negli obiettivi dei Patti Aziendali, negli accordi di budget con le Unità Operative, negli accordi contrattuali con le strutture accreditate e nelle altre tipologie di contratto eventualmente stipulate dall'Azienda.

Le disposizioni sopra richiamate trovano il loro fondamento nella strategia regionale e quindi aziendale mirata ad una gestione delle liste di attesa secondo principi di appropriatezza clinica ed organizzativa, in quanto l'indicazione del quesito diagnostico/diagnosi, oltre che promuovere il coinvolgimento del paziente, che ha la possibilità di comprendere meglio le motivazioni sottese alla prescrizione di determinate prestazioni, facilita nel contempo l'erogatore nell'effettuare le scelte più opportune dal punto di vista diagnostico e/o terapeutico.

Pertanto nella ricetta compilata dal medico è necessario che:

- prime visite/prime prestazioni - vanno sempre indicate la classe di priorità e il quesito diagnostico/diagnosi;
- visite e prestazioni diagnostico-strumentali di controllo - oltre al quesito diagnostico va indicata la tempistica entro la quale le medesime devono essere erogate;
- prestazioni nell'ambito di campagna di screening - non è richiesta alcuna prescrizione;

Attività del gruppo NAC

Tra gli obiettivi in ambito di specialistica ambulatoriale, i controlli effettuati dal gruppo NAC hanno la finalità di:

- accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di cui all'Allegato A alla DGR 863 del 21/06/2011 e ridefiniti con LR n.30 del 30 dicembre 2016 ed infine previste nell'allegato A della DGR n.1164/2019;
- verificare l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;
- accertare la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28 maggio 1999.

Il gruppo NAC verificherà i seguenti indicatori relativi alle modalità di prescrizione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali interne:

- L'attribuzione sistematica della classe di priorità per i primi accessi e l'arco temporale per quelli successivi e sempre del quesito diagnostico all'atto della prescrizione;
- Verifica del rispetto dei protocolli (nazionali, regionali e aziendale) in tema di prioritizzazione;
- Verifica della corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e della corretta erogazione delle stesse prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28 maggio 1999 e dal DPMC 12 gennaio 2017;
- Verifica su un campione di prestazioni appartenenti alle branche specialistiche comprese nell'allegato A della DGR n. 600 del 13 marzo 2007, della congruità tra quanto prescritto e quanto erogato, sulla base della documentazione clinica a disposizione.

Ciascuna tipologia delle prestazioni traccianti deve essere presente nel campione esaminato che verrà segmentato per le prestazioni erogate dagli ambulatori.

La declinazione della tipologia e modalità dei controlli nella specialistica ambulatoriale sono da ricondurre al documento aziendale dei controlli interni ed esterni che annualmente viene elaborato dall'Azienda ULSS 5.

b) Governo dell'accesso alle prenotazioni (CUP Aziendale-Provinciale)

Premessa

Il Centro Unico di Prenotazione delle prestazioni ambulatoriali della Provincia di Rovigo, è lo strumento tecnico-organizzativo mediante il quale l'Azienda ULSS 5 Polesana e le Strutture Private Accreditate presenti nella Provincia di Rovigo e aderenti al CUP Provinciale, propongono agli assistiti l'offerta complessiva dei servizi specialistici ambulatoriali, previsti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale. L'obiettivo è quello di ottimizzare il sistema di prenotazione, al fine di tutelare il diritto dell'assistito ad ottenere la prestazione ambulatoriale nei tempi e nelle sedi più appropriate alla domanda, sempre nel rispetto del diritto di scelta dell'assistito e delle varie normative emanate in materia di assistenza specialistica ambulatoriale.

L'attività del Centro Unico di Prenotazione Provinciale è suddivisibile a grandi linee nelle seguenti aree di intervento:

- Creazione e manutenzione agende e calendari informatizzati, facente capo all'Ufficio Agende Provinciale Centralizzato presente presso l'Ufficio CUP del Presidio Ospedaliero di Rovigo che collabora con il Referente CUP del Distretto 2 (Ex ULSS 19 di Adria);
- Prenotazione, cambio appuntamento, disdetta effettuati telefonicamente (a cura del Contact Center Provinciale) e fisicamente (a cura degli sportelli Cup ospedalieri e territoriali);
- Gestione e implementazione della prenotazione "on-line" (per il cittadino e per le Farmacie territoriali) tramite collegamento alla home page del sito istituzionale della Azienda ULSS 5 Polesana;
- Produzione e gestione di tutte le attività statistiche legate ai volumi di attività di prenotazione, tempi di attesa, appropriatezza prescrittiva, rendicontazione delle attività svolte dalla Ditta di esternalizzazione.

Organizzazione

Il Cup Provinciale è attivo dal 2006, ovvero da quando le ex ULSS 18 di Rovigo e ULSS 19 di Adria hanno condiviso un progetto tecnico – organizzativo e gestionale per la realizzazione e messa a regime di un vero e proprio "Sistema" di gestione della prenotazione esami specialistici ambulatoriali. Successivamente, dal 2007, tutte le Strutture Private Accreditate hanno aderito al progetto, in base alle Direttive Regionali (in primis DGR 3535/2004, DGR 600/2007). In altre parole, il progetto, fin da subito, ha portato:

- all'utilizzo di un unico software di prenotazione e di gestione dell'offerta;
- all'utilizzo di univoche tabelle di gestione (comprese codifiche prestazioni, esenzioni, etc.);
- all'utilizzo di un unico software statistico basato su unico data base di produzione;
- all'attivazione di un unico nucleo operativo di back office (Ufficio Agende Provinciale);
- all'attivazione di un unico sistema telematico di Contact Center;
- all'attivazione di un contratto di esternalizzazione del personale di front office (fisico e telefonico) con costi ripartiti tra tutte le Strutture pubbliche e private aderenti al Cup Provinciale (secondo quanto definito dalla DGR 848/2010);
- all'uniformità operativa, comportamentale, formativa e informativa verso tutti gli addetti alla prenotazione dislocati sul territorio provinciale e verso i cittadini fruitori del Servizio.

L'organizzazione e i diversi protocolli operativi che sono alla base del buon funzionamento del Sistema, sono dettagliatamente riportati nel documento denominato "Protocollo Organizzativo". Trattasi di un "Regolamento Cup Provinciale", condiviso con tutte le Strutture Private (vedi DDG n. 555 del 18.07.2019) e consegnato ad ogni operatore, nel quale vengono definiti protocolli, percorsi, comportamenti, normative, etc. nonché specifiche modalità operative con lo scopo di aumentare il know how di tutti gli operatori di front office. Tale documento è stato realizzato in prima stesura nel 2014 e totalmente rivisto e aggiornato nei primi mesi del 2019.

Gestione e Coordinamento

Il Sistema di Prenotazione su scala provinciale è articolato su più livelli così come definito nell'atto aziendale (vedi DDG n.31 del 11/01/2018). A livello gerarchico il Cup (inteso come figura del Coordinatore dei Processi di Prenotazione e personale operativo al back office), afferisce alla **Direzione Amministrativa Ospedaliera**, mentre funzionalmente afferisce alla **Specialistica Ambulatoriale**. Tutti gli operatori di front office e Contact Center appartengono alla Ditta titolare del Contratto di appalto (in scadenza al 31.07.2021). Tutto il personale operativo presso le Strutture Private è dipendente delle Strutture stesse. Ogni Struttura Privata come da L.R.30/2016 ha ufficializzato all'Azienda ULSS 5 il nominativo del proprio Cup Manager.

Il Coordinamento del Sistema e il controllo come DEC dello specifico appalto del Cup Provinciale, sono a carico del Coordinatore dei Processi di Prenotazione Aziendale (Cup Manager Aziendale) nominato con DDG n. 707 del 22.08.2018. Il Cup Manager Aziendale coordina anche l'attività del personale di back office operativo al PO di Rovigo (Distretto 1) e al PO di Adria (Distretto 2). Collabora con il Coordinatore dell'attività Specialistica Ambulatoriale per tutti gli aspetti legati alla gestione dei tempi di attesa e al rapporto domanda/offerta degli erogatori pubblici e privati accreditati.

Canali di accesso al CUP Provinciale

Il Sistema prevede un accesso diversificato proprio per garantire al cittadino la più ampia fruibilità del servizio. I canali di accesso al Cup Provinciale attualmente attivi sono i seguenti:

- Sportello fisico presidiato (front office strutture pubbliche e private accreditate);
- Telefono (Call Center Prov.le) – numero verde gratuito 800 061644 (da telefonia fissa), 0425 362000 (da telefonia mobile);
- Telefono direttamente nelle strutture convenzionate;
- WEB (sito aziendale www.aulss5.veneto.it – servizi Online)
- FAX - 0425 394913;
- MAIL – cup.provinciale@aulss5.veneto.it;
- FARMACIE (92 in tutto il territorio provinciale con il Progetto FARMACUP);
- MEDICINE DI GRUPPO;

Alcune precisazioni su canali di accesso

- WEB – l'utente può prenotare solo prestazioni di controllo e classi di priorità P prescritte su ricetta DEMA, mentre per le B e D è consentita la sola visualizzazione delle disponibilità in ambito provinciale;
- FARMACIE – le farmacie accedono al sistema di prenotazione direttamente dal portale aziendale alla sezione “Servizi Online” - link “FARMACUP”. Possono prenotare solo prestazioni prescritte su ricetta DEMA (no “rosse”) relative a controlli e alle 3 classi di priorità clinica. I volumi di attività svolti dalle singole farmacie vengono rendicontati e remunerati secondo l'accordo Regionale “Farmacup” (vedi DGR 1919/2015);
- MEDICINE DI GRUPPO – dal secondo semestre 2019 possono prenotare a Cup Provinciale tutte le prestazioni prescritte dai MMG presenti nelle singole MG. Il personale amministrativo fisicamente presente negli ambulatori, utilizza il software aziendale di prenotazione essendo stato opportunamente formato al suo utilizzo mediante la partecipazione obbligatoria a corsi di formazione tenuti dal Cup Manager Aziendale e dal personale dell'Ufficio Agende.

Differenziazione percorsi tra attività istituzionale e libera professione

Come previsto dalla L.R. 30/2016, l'Azienda ULSS 5 ha pianificato la seguente differenziazione:

- Telefonica – dal menu di ingresso al contact center sono presenti più servizi ai quali si accede premendo tasti (numeri) diversi. Chi preme il tasto 2 accede al servizio con operatori dedicati alla sola prenotazione in libera professione;
- Sportello CUP - nei presidi ospedalieri gli accessi fisici sono differenziati mediante sportelli dedicati e relativi impianti di eliminacode;
- Procedura informatizzata del CUP Provinciale – esiste la differenziazione all'atto della prenotazione mediante diverse codifiche di fasce contrattuali, denominazione dell'erogatore, tipi listini;

- Sistemi di pagamento – in tutte le sedi di erogazione dell’Azienda sono presenti e funzionanti delle “Casse Automatiche” con le quali l’utente può pagare le prestazioni sia in SSN che il LP. E’ obbligatoria la stampa del promemoria di prenotazione sulla quale è presente il barcode.

Visibilità agende di prenotazione e loro gestione

Come da Regolamento Aziendale, tutta l’attività di erogazione prestazioni ambulatoriali (compresa l’attività convenzionata eseguita dalle Strutture Private Accreditate) è gestita dal Cup Provinciale.

Le agende di prenotazione sono distinte in:

- Pubbliche – ovvero prenotabili da tutti gli operatori del Cup Provinciale;
- Gestione Interna – ovvero prenotabili (secondo opportune abilitazioni) dal solo personale operativo all’interno dell’Ambulatorio Erogatore;
- Accesso non Regolato – ovvero registrazione di accessi effettuati all’interno del singolo Ambulatorio/ Servizio che non necessitano di prenotazione (es. Esami di Laboratorio Analisi, ECG, urgenze da Pronto Soccorso).

Tutte le agende (sia delle Strutture Pubbliche che Private Accreditate) sono create e/o modificate secondo il seguente iter:

- Richiesta di autorizzazione attraverso specifico modulo da parte del Primario alla Direzione Medica Ospedaliera (o al Direttore del Distretto o dal Referente della Struttura Privata) e al Responsabile Specialistica Ambulatoriale;
- Istruttoria preliminare su carichi di lavoro, orari, rapporto SSN/LP, tempi di attesa, etc. con coinvolgimento dell’Ufficio Agende Provinciale;
- Invio Autorizzazione e relative informazioni all’Ufficio Agende, CED, Controllo di Gestione per le attività di creazione e/o modifica delle agende;
- Test e messa in produzione delle agende con relativa informazione agli operatori e al Primario richiedente.

E’ a cura dell’Ufficio Agende Provinciale monitorare e garantire che i calendari di prenotazione siano sempre disponibili e che non si verifichino criticità riconducibili a calendari chiusi (vedi L.R. 30/2016). E’ fatta eccezione per le agende di Libera Professione o per casi straordinari opportunamente documentati e comunicati alla Direzione Medica (es. manutenzione e/o rotture ad attrezzature o ad agende uninominali). In questi casi è a discrezione della Direzione Medica o del singolo Specialista (in caso di attività libero professionale) attivare delle “liste di attesa informatizzate” all’interno delle quali vengono inseriti i nominativi dei pazienti che non hanno ricevuto una prenotazione. Quando la criticità sulla prenotabilità viene risolta, il CUP richiama gli utenti in lista attribuendo e comunicando i riferimenti della reale prenotazione.

Gestione liste di galleggiamento

Attualmente, le prenotazioni per prestazioni traccianti che sfiorano il tempo massimo di attesa in tutti gli erogatori per la singola classe di priorità, vengono estratte dal sistema ed evidenziate mediante un software. Trattandosi di una elaborazione giornaliera e serale, i dati estratti sono riferiti alle prenotazioni effettuate il giorno prima. E’ a cura del personale dell’Ufficio Agende riprendere tali prenotazioni con criticità ed effettuare quindi una gestione “asincrona” andando a controllare se sono presenti a sistema eventuali disponibilità Cup più vicine e congrue alla classe di priorità rispetto a quelle che erano presenti al momento del primo contatto. Tale attività avviene entro le 48 ore indipendentemente dalla classe di priorità. All’utente viene quindi sempre comunicata una data di appuntamento (anche se sfiorano i tempi standard).

Considerato quanto definito nella L.R. 30/2016, l'Azienda ULSS 5 ha già attivato la software house del Cup Provinciale al fine di realizzare un sistema di galleggiamento per singola prestazione / priorità/ erogatore che sia "sincrono", funzionale, scalabile e che non si presti ad errori operativi. Parallelamente, si sono organizzati specifici incontri tra Direzione Generale e i Responsabili di Struttura al fine di definire e concordare le modalità organizzative ed operative orientate ad una costante e monitorata gestione dell'overbooking eventualmente necessario per l'aumento delle performances. Tale modalità di galleggiamento sarà attivata solo per le branche che presentano i sufficienti requisiti in termini di disponibilità e di risorse mediche. Il sistema che si vuole attivare, rappresenta comunque una "soluzione tampone" in attesa che venga realizzato il nuovo S.I.O. Regionale. L'Azienda ULSS 5 recepisce comunque quanto definito al Cap. 1 dell'Allegato A relativo alla tempistica di galleggiamento, ovvero attribuire un appuntamento entro 48 ore lavorative per le classi B e 4 giorni lavorativi per le classi D e P. L'Azienda si impegna inoltre ad implementare l'applicativo del Cup Provinciale al fine di comunicare all'utente la data di inserimento in lista di attesa e di tracciare a livello informatico tutti gli specifici step operativi.

Per quanto riguarda invece le Strutture Private Accreditate, quotidianamente l'Ufficio Agende Provinciale invia al Cup Manager della Struttura, l'elenco delle prenotazioni eseguite il giorno prima e che non hanno rispettato i tempi massimi di erogazione per singola priorità. La Struttura, sensibilizzata e resa partecipe delle criticità, si prende in carico le prenotazioni attribuendo nuovi appuntamenti comunicandoli contestualmente agli utenti.

Realizzazione dei processi di presa in carico dei pazienti cronici

L'Azienda ULSS 5 recepisce quanto descritto al punto 13 dell'allegato A della DGRV n. 1164 del 06/08/2019. In particolare vengono adottati gli idonei percorsi relativi sia alla conicità semplice che complessa con particolare riferimento ai PDTA di natura oncologica e per le urgenze cardiologiche. Nell'ottica che la persona ha diritto di godere il miglior stato possibile di salute e di accedere a cure e percorsi di cura più adeguati e appropriati ai suoi bisogni di salute, l'Azienda ULSS 5 si avvale di nuove tecnologie e nuovi processi flessibili organizzativi e gestionali finalizzati anche alla presa in carico dei pazienti per le prestazioni di controllo. In tutte le sedi di erogazione aziendali (in primis i 3 ospedali pubblici dando priorità all'Ospedale Hub di Rovigo), viene adottato il percorso di presa in carico che prevede, per tutte le branche specialistiche, le seguenti fasi operative:

- Prescrizione e stampa delle DEMA da parte dello specialista di tutte le prestazioni di controllo, compresi eventuali esami strumentali necessari per l'inquadramento clinico del paziente;
- Raccolta delle DEMA da parte del nucleo di back office operativo nei singoli Ospedali che si occupa di prenotare (in slot dedicati e concordati con i Responsabili di Struttura) e comunicare gli appuntamenti al paziente entro 24 ore lavorative;

Sono presenti anche ambulatori erogatori che si occupano della totale presa in carico mediante il supporto operativo del personale infermieristico.

Servizi telematici dedicati alla disdetta di prenotazione

In ottemperanza alla DGRV 600/2007 e successivamente alla L.R. 30/2016, l'Azienda ULSS 5 ha attivato specifici percorsi telematici al fine di facilitare l'utenza nella disdetta di prenotazione.

In particolare sono attivi i seguenti canali:

- Telefonico – (modalità asincrona) - l'utente può telefonare al numero verde del Cup Provinciale e, scegliendo l'opzione (tasto) 3, una voce registrata invita l'utente stesso a digitare sulla tastiera telefonica il proprio recapito. Successivamente, entro la giornata

lavorativa e il lunedì nel caso di richieste eseguite di domenica, un operatore del Cup contatta l'utente per la l'esecuzione della disdetta in applicativo Cup. Il servizio è attivo H24 per sette giorni alla settimana compresi i festivi e permette la disdetta di tutte le prenotazioni eseguite per tutte le Strutture Pubbliche e Private del Cup Provinciale;

- Sportello – (modalità sincrona) - l'utente può rivolgersi ad ogni sportello fisico del Cup Provinciale negli orari di apertura al pubblico;
- Farmacie – (modalità sincrona) - l'utente può rivolgersi presso ogni farmacia presente nel territorio provinciale purchè munito di ricetta DEMA (o promemoria di prenotazione);
- Online - (modalità sincrona) – l'utente può collegarsi al sito dell'Azienda ULSS 5, servizi online, prenotazioni e disdette Cup. La disdetta avviene inserendo i dati del codice fiscale del paziente e il codice della ricetta DEMA.
- Fax – (modalità asincrona) – inviando comunicazione (o copia del promemoria di prenotazione) al numero 0425 394913. Un operatore Cup ricontatta l'utente per la disdetta nell'applicativo Cup;
- Mail – (modalità asincrona) – inviando comunicazione all'indirizzo cup.provinciale@ulss5.veneto.it. Un operatore Cup ricontatta l'utente per la disdetta nell'applicativo Cup;

L'Azienda ULSS 5 ha intenzione di implementare la disdetta telefonica in modo sincrono (disdetta telefonica in tempo reale) ma, vista la necessaria spinta integrazione tra fonia e dati, rimane in attesa dell'attivazione del nuovo S.I.O. Regionale, essendo una funzionalità prevista nel bando di gara (capitolato tecnico).

Processo di recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di mancata disdetta o ritiro del referto

In ottemperanza alla DGRV 600/2007 e successivamente alla L.R. 30/2016, l'Azienda ULSS 5 ha attivato specifici percorsi tecnico-organizzativi dedicati al recupero della quota di compartecipazione in caso di mancata disdetta o ritiro referto. In particolare, si descrivono le salienti fasi del processo relativo alla mancata disdetta:

- Mancata presentazione – se l'utente non si presenta all'appuntamento, il personale infermieristico dell'ambulatorio erogatore inserisce in applicativo Cup, il flag di "Non Presentato";
- Estrazione dati mancata presentazione – con cadenza mensile, l'Ufficio Ispettivo Aziendale estrae tutti i dati relativi ai flag di "non presentato" e tramite una ditta di spedizione convenzionata con l'Azienda ULSS 5, vengono spediti agli utenti i bollettini di pagamento con allegata la comunicazione, a firma del Direttore DAO, riportante i dati significativi della prenotazione Cup. L'utente ha 30 giorni di tempo per effettuare il pagamento o chiedere spiegazioni all'Ufficio aziendale preposto (URP del PO di Rovigo);
- Contestazioni e istruttorie – l'utente può rivolgersi all'URP per chiedere chiarimenti o contestare la richiesta di pagamento. In base alla tipologia della richiesta, gli uffici competenti (es. CUP, Pronto soccorso, Ambulatori erogatori, Cassa ticket, etc.) vengono coinvolti per una ulteriore verifica tecnica che porterà alla conferma o all'annullamento della sanzione. Tutto l'iter viene tracciato mediante comunicazione tramite mail;
- Cause forza maggiore – sono previste le seguenti causali per le quali vengono accettate le contestazioni: ricovero, accesso in PS, malattia, improvvisa difficoltà nella circolazione stradale (nevicata, calamità atmosferica). Il tutto deve essere opportunamente documentato e presentata attestazione all'URP entro 20 giorni dalla mancata presentazione all'appuntamento.

Si descrivono le salienti fasi del processo relativo al mancato ritiro referto:

- Estrazione dati mancato ritiro - periodicamente, il personale dell'Ufficio Ritiro Referti Aziendale, effettua una estrazione manuale di tutti i referti che presentano una data di presunto ritiro oltre i termini stabiliti dalla normativa.
- Inserimento in procedura informatizzata – l'Ufficio Cassa inserisce i dati con la registrazione e produce una stampa dei pazienti coinvolti al recupero crediti.
- Estrazione ed invio bollettini – come avviene per le mancate disdette, l'Ufficio Ispettivo aziendale estrae tutti i dati inseriti dall'Ufficio Cassa e tramite una ditta di spedizione convenzionata con l'Azienda ULSS 5, vengono spediti agli utenti i bollettini di pagamento con allegata la comunicazione, a firma del Direttore DAO, riportante i dati significativi della prestazione refertata. L'utente ha 30 giorni di tempo per effettuare il pagamento o chiedere spiegazioni all'Ufficio aziendale preposto (URP del PO di Rovigo);
- Contestazioni e istruttorie – l'utente può rivolgersi all'URP per chiedere chiarimenti o contestare la richiesta di pagamento. In base alla tipologia della richiesta, gli uffici competenti (es. Radiologia, Ambulatori erogatori, Cassa ticket, etc.) vengono coinvolti per una ulteriore verifica tecnica che porterà alla conferma o all'annullamento della sanzione. Tutto l'iter viene tracciato mediante comunicazione tramite mail;

c) Governo dell'offerta

Premessa

L'offerta inserita a CUP Provinciale è composta dalle seguenti macro aree:

- Offerta in SSN interna erogata dalle strutture pubbliche;
- Offerta in SSN erogata dalle strutture private accreditate;
- Offerta in Libera Professione individuale e/o d'equipe erogata nelle strutture pubbliche;
- Offerta Igiene Pubblica (medicina dello sport, screening, vaccinazioni, rinnovi certificazioni).

Ogni tipologia di offerta sopraccitata viene gestita mediante specifici canali codificati a livello di richieste, fabbisogno, autorizzazioni, prenotabilità e rendicontazioni.

L'Azienda ULSS 5 recepisce quanto definito al punto n. 11 dell'allegato A della DGRV n. 1164 del 06/08/2019 relativamente al rispetto del calcolo fabbisogno Aziendale di cui alla Delibera Regionale n. 3140 del 14.10.2010.

Offerta SSN interna erogata dalle strutture pubbliche (per maggiori dettagli vedi "Protocollo Organizzativo CUP")

Tutta l'offerta SSN è gestita mediante canali di accesso codificati e noti all'utenza, in particolare:

- Tramite Cup;
- Tramite accesso diretto (non è prevista prenotazione come ad es. laboratorio analisi, ECG, RX Torace);
- Tramite libero accesso (che non necessitano di impegnativa all'atto della prenotazione come ad esempio: visita ginecologica, odontoiatrica, fundus oculi, neuropsichiatria infantile, pediatria, psichiatria);

L'offerta viene concordata tra le singole Unità Operative e la Direzione Generale e/o Direzione Medica in base al reale fabbisogno per il raggiungimento degli obiettivi di performance.

L'offerta viene inserita a Cup, operativamente dall'Ufficio Agende Provinciale che si occupa di tenerla alimentata nel tempo, garantendo continuità di prenotazione mediante calendari sempre aperti e una necessaria e periodica sua rimodulazione.

Offerta SSN erogata dalle strutture private accreditate (per maggiori dettagli vedi “Protocollo Organizzativo CUP”)

Tale offerta è inserita totalmente a Cup Provinciale. Viene quantificata secondo budget annuali normati da specifiche delibere regionali e aziendali. Di norma, le agende vengono alimentate con sviluppi periodici che prevedono quantitativi in dodicesimi per mese. Le relative agende sono gestite dall’Ufficio Agende Provinciale che si occupa del loro sviluppo e manutenzione ovviamente secondo indicazioni delle singole strutture private. Le agende vengono segmentate in modo dinamico nelle varie classi di priorità in base al rispetto dei tempi massimi di attesa. Sono organizzati periodicamente degli incontri tecnici tra il Cup Manager Aziendale e quelli delle strutture private al fine di rendere sempre migliori le performance relative ai tempi di attesa.

Offerta in Libera Professione intramuraria individuale e/o d’equipe (per maggiori dettagli vedi “Protocollo Organizzativo CUP”)

Tale offerta viene interamente inserita a Cup Provinciale come previsto dalle specifiche direttive regionali e dallo specifico regolamento aziendale della Libera Professione. L’Azienda ULSS 5 recepisce in toto quanto definito ai punti 15 e 16 dell’allegato A della DGRV n. 1164 del 06/08/2019 relativamente a tutte le eventuali azioni sull’acquisto di prestazioni in libera professione aggiuntive per la concreta riduzione dei tempi massimi di attesa per singola prestazione.

Offerta Igiene Pubblica (per maggiori dettagli vedi “Protocollo Organizzativo CUP”)

L’offerta di tali prestazioni è così articolata:

- Medicina dello sport – totalmente a Cup Provinciale sia per le prestazioni rientranti nei LEA sia per quella riservata a prestazioni fuori LEA (es. non agonisti e maggiorenni). Le disponibilità a Cup vengono definite dagli specialisti;
- Rinnovi patenti e certificazioni varie – totalmente a Cup anche se trattasi di prestazioni fuori LEA con spesa a totale carico dell’utente e normate da specifiche direttive regionali e ministeriali. Le disponibilità a Cup vengono definite dal Settore di Igiene Pubblica;
- Screening e vaccinazioni obbligatorie - sono a Cup solo gli spostamenti di prenotazioni già fissate mediante comunicazione scritta da parte del Settore di Igiene Pubblica. Gli operatori Cup per gli spostamenti/cambio appuntamento utilizzano il software regionale.

Acquisto prestazioni aggiuntive per abbattimento liste di attesa

L’Azienda ULSS 5 recepisce in toto quanto definito ai punti 15 e 16 dell’allegato A della DGRV n. 1164 del 06/08/2019 relativamente a tutte le eventuali azioni sull’acquisto di prestazioni in libera professione e in regime SSN istituzionale aggiuntive per la concreta riduzione dei tempi massimi di attesa per singola prestazione. In particolare:

- Prestazioni pagate con utilizzo “fondo Balduzzi” – trattasi di prestazioni che presentano tempi di attesa critici il cui volume viene concordato tra i Responsabili di Struttura e la Direzione Generale. Dette prestazioni sono totalmente prenotate a Cup Provinciale e sono incentivate con importi differenziati tra specialista e personale di supporto. L’utente paga solo eventualmente la quota di compartecipazione alla spesa (ticket) e accede con regolare impegnativa (DEMA o “rossa”);
- Prestazioni serali, notturne, festive - trattasi di prestazioni aggiuntive (vedi DGR 320/2013 e L.R. 30/2016) che hanno principalmente lo scopo di abbattere i tempi di attesa mediante un prolungato utilizzo delle “grandi apparecchiature” estendendolo anche alle ore serali e durante le giornate festive. Dette prestazioni sono totalmente prenotate a Cup Provinciale

e sono incentivate con importi differenziati tra specialista e personale di supporto. L'utente paga solo eventualmente la quota di compartecipazione alla spesa (ticket) e accede con regolare impegnativa (DEMA o "rossa");

Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa

L'Azienda ULSS 5 recepisce in toto quanto definito al punto n. 18 dell'allegato A della DGRV n. 1164 del 06/08/2019 relativamente alla regolare trasmissione dei seguenti flussi informativi sia dal punto di vista qualitativo che del rispetto dei tempi e metodi di invio:

- monitoraggio ex ante e monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria;
- ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas, secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- monitoraggio della presenza sui siti web di Regione e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

L'Azienda ULSS 5 partecipa come "Azienda Pilota" (assieme all'Azienda ULSS 1 Dolomitica), al progetto di realizzazione del nuovo flusso relativo alla rilevazione e rendicontazione dell'attività ALPI con invio mensile alla Regione parallelo al flusso SPS.

Informazione e comunicazione sulle liste di attesa (trasparenza)

In attesa della realizzazione e attivazione del nuovo Sistema Informativo Regionale, l'Azienda ULSS 5 ha comunque adottato i seguenti canali di comunicazione in merito alle liste di attesa:

- Verso l'utenza – dal portale dell'Azienda (www.aulss5.veneto.it) alla sezione "Amministrazione trasparente", Servizi erogati, è possibile consultare le performances aziendali dal 2011 ad oggi delle liste di attesa, suddivise per trimestre, Distretto, Struttura erogatrice, Branca Specialistica e singola prestazione tracciante. Sempre dal portale aziendale è possibile accedere alla sezione "Servizi Online", Prenotazioni Cup Online. L'utente può consultare i tempi di attesa CUP in tempo reale purchè munito di ricetta DEMAS;
- All'interno dell'Azienda – ogni dipendente può collegarsi alla intranet aziendale e accedere al link "Prenotazioni Cup Online". Qualsiasi dipendente può consultare i tempi di attesa CUP in tempo reale purchè munito di ricetta DEMAS;
- All'esterno dell'Azienda (professionisti, MMG) – sono presenti gli stessi canali di accesso dedicati all'utenza normale. Le farmacie invece utilizzano il FARMACUP (vedi capitolo

Gestione degli accessi CUP) pertanto hanno la completa visualizzazione e prenotazione di tutta l'offerta a Cup provinciale con relativi tempi di attesa.

- Diffusione del presente PAAGLA - verrà pubblicato sul sito aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente.

Monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali

L'Azienda ULSS 5 recepisce in toto quanto definito al punto n. 25 dell'allegato A della DGRV n. 1164 del 06/08/2019 relativamente all'attivazione di ogni forma di monitoraggio dei programmi attuativi aziendali in merito alle liste di attesa.

In particolare, come già avviene a seguito di quanto definito con DGR 600/2007, 320/2013, L.R.30/2016, vengono programmati degli incontri con cadenza semestrale del tavolo di monitoraggio composto come definito nelle sopracitate DGR di riferimento. L'Azienda ULSS 5 si impegna ad intensificare tali incontri programmandoli con cadenza trimestrale.

Azioni/misure in caso di superamento tempi attesa standard

Come già descritto al paragrafo "Acquisto prestazioni aggiuntive per abbattimento liste di attesa", il PAAGLA, adotta, in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria, specifiche misure contrattuali che tengano conto dell'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda e che risultino conformi alle disposizioni nazionali in materia di ALPI ed accordi contrattuali con gli erogatori privati.

Attività di ricovero

Solo i ricoveri considerati programmati sono soggetti a monitoraggio dei tempi di attesa in base alla loro prioritarizzazione. Essi sono da intendersi i ricoveri in regime ordinario o in regime di Day-Hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stata rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del MMG/PLS, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, o dallo specialista o da un medico di fiducia del paziente.

Il tempo di attesa per le prestazioni chirurgiche di ricovero programmato si intende il tempo che intercorre tra la data di prenotazione della proposta di ricovero formulata dal prescrittore e la data dell'intervento all'interno del ricovero intercorso.

L'Azienda ULSS 5 utilizza un sistema informatizzato per la gestione di tutte le informazioni previste e relative alle liste di attesa.

Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmabili

L'Azienda ULSS 5 recepisce quanto emanato con L.R. 30/2016, (Art. 38, comma 16) in termini di tempistica massima di erogazione per interventi chirurgici eseguiti in regime di ricovero e per singola classe di priorità. In particolare, dalla seguente tabella, si evince la differenziazione tra i parametri definiti a livello nazionale (PNGLA) e quelli definiti dalla Regione Veneto (PRGLA, L.R. 30/2016).

Classe di priorità	PNGLA 2019-2021	Legge Regionale 30/2016
Classe A	Entro 30 giorni dalla prenotazione	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe B	Entro 60 giorni dalla prenotazione	Entro 60 giorni dalla prenotazione
Classe C	Entro 180 giorni dalla prenotazione	Entro 90 giorni dalla prenotazione
Classe D	Senza attesa massima comunque entro 12 mesi	Classe D entro 180 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore
		Classe E almeno entro 12 mesi

Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità A (entro 30gg.), si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019), il valore mediano osservato della distribuzione (secondo quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al terzo quartile. Successivamente a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90% indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

Le distribuzioni per ricoveri in regime ordinario e diurno sono visibili nella tabella riportata nell'allegato B della DGR n.1164/2019.

Per quanto attiene alla descrizione dei campi necessari al monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri, ovvero, classi di priorità indicate nella tabella come anche i concetti di data di prenotazione del ricovero, data ricovero, tipologia ricovero, intervento principale e secondario,

come infine diagnosi primaria e secondaria si recepisce quanto indicato nell'allegato B della DGR n. 1164/2019.

Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione Codice Intervento ICD-9-CM	Codice Intervento ICD-9-CM	Codice Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x ;197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x - 53.1x	

Attività del gruppo NAC

L'attività del gruppo NAC è tesa a:

- verificare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per migliorare l'efficacia e l'efficienza delle strutture sanitarie stesse, come da indicazioni della DGR 2022/2018;

- migliorare la qualità della codifica, verificando l'applicazione del sistema di codifica nel rispetto delle direttive regionali, secondo DGR. 2167 del 23 dicembre 2016;
- garantire il rispetto delle indicazioni del setting appropriato di erogazione per le prestazioni sanitarie, secondo DGR. 4277/2009 e secondo DGR 2688/2014;
- vigilare sull'applicazione delle regole di compilazione dei campi del tracciato record della SDO, secondo decreto regionale 49 del 21 dicembre 2017;
- verificare la tracciabilità dei percorsi di diagnosi e cura, con relativa tempistica, secondo gli indicatori e le soglie determinate dalla DGR 600 del 13.03.2007, con la DGR n. 863 del 21/06/2011, con la DGRV n.320 del 12/03/2013 ed aggiornate con la LR n.30 del 30 dicembre 2016;
- verificare il rispetto dei principi di equità, trasparenza ed efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso, come previsto dalla DGR n.1191 del 26 luglio 2016

La declinazione della tipologia e modalità dei controlli dei ricoveri sono da ricondurre al documento aziendale dei controlli interni ed esterni che annualmente viene elaborato dall'Azienda ULSS 5.

Trasmissione del PAAGLA

La Direzione Generale si incarica di diffondere il presente Piano (PAAGLA) a:

- Direttori di Distretto e della Funzione Territoriale
- Direttore della Funzione ospedaliera
- A tutti i MMG
- A tutti i medici di specialistica ambulatoriale interna (SAI)
- Ai Direttori di Dipartimento
- Ai Componenti del tavolo di Monitoraggio
- Al Cup Manager e agli operatori del Cup Provinciale