



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2019/00206

DEL 19/03/2019

Collegio Sindacale il 19/03/2019

OGGETTO

Preso d'atto Accordo Interaziendale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ospedaliere e delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali sottoscritto in data 19/03/2019 tra i Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza, dell'Azienda Sanitaria di Potenza, dell'Azienda Sanitaria di Matera e dell'IRCCS CROB di Rionero.

Struttura Proponente

Segreteria Direzionale

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
accordo interaziendale	24		

Uffici a cui notificare

Direzione Sanitaria	UOSD Flussi Informativi ASP
Segreteria Direzionale	

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 19/03/2019

La presente diviene
eseguibile ai sensi
dell'art.44 della L.R.
n.39/2001 e ss.mm.ii

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla
pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta
approvazione
regionale

Il Dirigente dell'U.O. Segreteria Direzionale e Affari Generali, Dott. Giacomo Chiarelli, relaziona quanto segue:

Premesso che il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico del paziente;

Che il costante e continuo contenimento dei ricoveri ospedalieri, registrato in Italia nell'ultimo decennio, ha determinato il trasferimento di una rilevante quota di prestazioni sanitarie dal regime di ricovero a quello ambulatoriale;

Che l'incremento della domanda di prestazioni ambulatoriali, associata al crescente sviluppo delle conoscenze in medicina ed alla continua introduzione di nuove e complesse tecnologie nella gestione di numerosi percorsi diagnostico-terapeutici, ha di fatto determinato, già da diversi anni, problemi connessi all'accessibilità ai servizi sanitari;

Che una delle maggiori evidenze di questa ridotta accessibilità sono i lunghi tempi di attesa necessari per effettuare prestazioni specialistiche e strumentali in regime ambulatoriale, soprattutto quelle a maggior contenuto tecnologico;

Che il problema della eccessiva lunghezza dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali è diventato pertanto uno dei temi prioritari dei servizi sanitari di tutto il mondo industriale, in quanto determina ricadute negative non solo sulle strutture sanitarie erogatrici, ma anche sul lavoro dei medici prescrittori (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri e territoriali) e sui pazienti;

Considerato che negli ultimi anni le azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa hanno quasi sempre previsto un incremento dell'offerta di prestazioni, la cui efficacia è stata quasi sempre vanificata da un incremento della domanda, che di fatto ha impedito la sua soluzione nel lungo periodo;

Che pertanto, di recente, si è sempre più consolidata la necessità di un approccio sistemico alla problematica dei tempi di attesa che richiede, per una sua efficacia, un piano di azioni integrato, finalizzato da un lato al potenziamento dell'offerta di quelle prestazioni ambulatoriali individuate come critiche, e dall'altro al governo della domanda delle stesse;

Che la gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema intercettando il reale bisogno di salute del cittadino, individuando e adottando strumenti condivisi, riducendo l'inappropriatezza e rendendo la domanda compatibile con i LEA;

Ritenuto pertanto, in considerazione dell'analisi e dei risultati sui tempi di attesa e dell'individuazione delle relative criticità, di dover individuare e sviluppare ulteriori sinergie organizzative e gestionali tra l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza, l'Azienda Sanitaria di Potenza, l'Azienda Sanitaria di Matera e l'Irccs Crob di Rionero;

Che allo scopo è stato condiviso e sottoscritto l'allegato accordo interaziendale, finalizzato a garantire il rispetto della tempistica prevista per le liste di attesa in classe di priorità (RAO) e per le prestazioni delle branche di cardiologia, oncologia e di diagnostica per immagine;

Ritenuto ancora di prendere atto del citato accordo interaziendale di durata triennale, sottoscritto in data 19/03/2019 tra i Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza, dell'Azienda Sanitaria di Potenza, dell'Azienda Sanitaria di Matera e dell'Irccs Crob di Rionero;

Evidenziato che ad esso è allegato un cronoprogramma degli interventi da realizzare;

Dato atto che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Di richiamare la narrativa della deliberazione nella sua sezione dispositiva;

Di prendere atto dell'allegato accordo interaziendale di durata triennale, sottoscritto in data 19/03/2019 tra i Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza, dell'Azienda Sanitaria di Potenza, dell'Azienda Sanitaria di Matera e dell'Irccs Crob di Rionero, finalizzato a garantire il rispetto della tempistica prevista per le liste di attesa in classe di priorità (RAO) e per le prestazioni delle branche di cardiologia, oncologia e di diagnostica per immagine;

Di dichiarare la deliberazione immediatamente eseguibile e trasmetterne copia, tramite la procedura atti digitali, alle strutture indicate in copertina, nonché al Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata;

IL DIRETTORE GENERALE

In virtù dei poteri conferitigli con Decreto di nomina dal Presidente della Giunta Regionale di Basilicata n. 258 del 16.11.2018;

Letta e valutata la proposta deliberativa riportata in narrativa;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario, resi per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione sopra riportata, nei termini indicati e per l'effetto:

Di richiamare la narrativa della deliberazione nella presente sezione dispositiva;

Di prendere atto dell'allegato accordo interaziendale di durata triennale, sottoscritto in data 19/03/2019 tra i Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza, dell'Azienda Sanitaria di Potenza, dell'Azienda Sanitaria di Matera e dell'Irccs Crob di Rionero, finalizzato a garantire il rispetto della tempistica prevista per le liste di attesa in classe di priorità (RAO) e per le prestazioni delle branche di cardiologia, oncologia e di diagnostica per immagine;

Di dichiarare la deliberazione immediatamente eseguibile e trasmetterne copia, tramite la procedura atti digitali, alle strutture indicate in copertina, nonché al Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata.

L'Istruttore

Il Responsabile Unico del Procedimento

Giacomo Chiarelli

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Il presente provvedimento è notificato ai destinatari a cura dell'istruttore.

Francesco Negrone

Lorenzo Bochicchio

Vincenzo Andriuolo

Il Direttore Sanitario
Francesco Negrone

Il Direttore Generale
Lorenzo Bochicchio

Il Direttore Amministrativo
Vincenzo Andriuolo

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

Accordo Interaziendale

**Protocollo operativo per il governo delle liste di attesa
delle prestazioni ospedaliere e delle prestazioni
specialistiche e strumentali ambulatoriali**

**Azienda Ospedaliera Regionale
San Carlo di Potenza**

--

Azienda Sanitaria di Potenza

--

Azienda Sanitaria di Matera

--

IRCCS CROB di Rionero



INDICE

1.	Premessa	3
2.	Finalità e oggetto dell'accordo	6
3.	Prestazioni di specialistica e strumentale ambulatoriale.....	6
4.	Governo della domanda	6
5.	Potenziamento dell'offerta	10
6.	Informazioni e servizi agli utenti	11
7.	Prestazioni in regime di ricovero	12
8.	Cronoprogramma	12
9.	Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	15
10.	Monitoraggio appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali.....	15
11.	Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero.....	15
12.	Verifica attività informative	16
13.	Norme finali.....	16



1. Premessa

Considerato

- che Il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico del paziente;
- che il costante e continuo contenimento dei ricoveri ospedalieri, registrato in Italia nell'ultimo decennio, ha determinato il trasferimento di una rilevante quota di prestazioni sanitarie dal regime di ricovero a quello ambulatoriale;
- che l'incremento della domanda di prestazioni ambulatoriali, associata al crescente sviluppo delle conoscenze in medicina ed alla continua introduzione di nuove e complesse tecnologie nella gestione di numerosi percorsi diagnostico-terapeutici, ha di fatto determinato, già da diversi anni, problemi connessi all'accessibilità ai servizi sanitari;
- che una delle maggiori evidenze di questa ridotta accessibilità sono i lunghi tempi di attesa necessari per effettuare prestazioni specialistiche e strumentali in regime ambulatoriale, soprattutto quelle a maggior contenuto tecnologico;
- che il problema della eccessiva lunghezza dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali è diventato pertanto uno dei temi prioritari dei servizi sanitari di tutto il mondo industriale, in quanto determina ricadute negative non solo sulle strutture sanitarie erogatrici, ma anche sul lavoro dei medici prescrittori (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri e territoriali) e sui pazienti;

Atteso

- che tutto questo determina pesanti interferenze con il processo decisionale dei clinici ed è spesso causa di incomprensioni con i pazienti, con gli specialisti e con gli addetti al servizio di prenotazione;

Constatato

- che negli ultimi anni le azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa hanno quasi sempre previsto un incremento dell'offerta di prestazioni, la cui efficacia è stata quasi sempre vanificata da un incremento della domanda, che di fatto ha impedito la sua soluzione nel lungo periodo;
- che, pertanto, di recente, si è sempre più consolidata la necessità di un approccio sistemico alla problematica dei tempi di attesa che richiede, per una sua efficacia, un piano di azioni integrato, finalizzato da una lato al potenziamento dell'offerta di quelle prestazioni ambulatoriali individuate come critiche, e dall'altro al governo della domanda delle stesse;

Preso Atto

- che nell'ultimo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 - 2021, approvato con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome, del 21 febbraio 2019, viene ribadito che vanno poste in essere "azioni complesse ed articolate"

promuovendo comunque e sempre il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni;

- che la gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema intercettando il reale bisogno di salute del cittadino, individuando e adottando strumenti condivisi, riducendo l'inappropriatezza e rendendo la domanda compatibile con i LEA ;

Dato atto

che è comunque necessario garantire in ambito ospedaliero anche il rispetto dei tempi di attesa relativi alla classe di priorità stabilita dagli accordi vigenti;

Preso atto

- che con le DD.GG.R. n. 47 del 19/01/2018, n. 1222 del 16/11/2018 e n. 1223 del 16/11/2018, la Regione Basilicata ha provveduto alla nomina dei Direttori Generali rispettivamente dell'AOR San Carlo, dell'ASP e dell'ASM individuando tra gli obiettivi di mandato, definiti con l'atto di nomina, il governo dei tempi di attesa così declinato: *"rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classe di priorità (RAO); per le prestazioni di specialistica ambulatoriale non in classe di priorità va realizzato il contenimento delle liste di attesa, rilevate annualmente, anche attraverso specifici accordi interaziendali con la finalità di riportare tendenzialmente le prestazioni delle branche di cardiologia e di diagnostica per immagine entro un valore massimo di 60 gg e nel rispetto di quanto stabilito negli articoli 4 e 72 della LR n. 11 del 29.06.2018"*;
- che, a tal fine, le Direzioni delle quattro aziende del S.S.R. della Regione Basilicata si sono incontrate per definire le azioni da porre in essere per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni ospedaliere e delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, in accordo alle direttive regionali;

Ritenuto

- pertanto, in considerazione dell'analisi e dei risultati sui tempi di attesa e dell'individuazione delle relative criticità, di dover individuare e sviluppare ulteriori sinergie organizzative e gestionali tra l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, l'IRCCS CROB di Rionero in Vulture, l'Azienda Sanitaria di Potenza e l'Azienda Sanitaria di Matera attraverso la condivisione del presente accordo Interaziendale finalizzato a garantire il rispetto della tempistica prevista per le liste di attesa in classe di priorità (RAO) e per le prestazioni delle branche di cardiologia, oncologia e di diagnostica per immagine;



Tutto ciò espresso in narrativa,

tra

Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza,
rappresentata dal Direttore Generale Dott. Massimo Barresi

Azienda Sanitaria Locale di Potenza,
rappresentata dal Direttore Generale, Dott. Lorenzo Bochicchio

Azienda Sanitaria Locale di Matera,
rappresentata dal Direttore Generale, Dott. Joseph Polimeni *che delega*
Dr. Raffaele Girolamo Raffaele
IRCCS CROB di Rionero,
rappresentato dal Direttore Generale, Dott. Giovanni Battista Bochicchio

convengono e stipulano il presente

Accordo interaziendale
per il governo delle liste di attesa
delle prestazioni ospedaliere e
delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali

CR *GB* *J* *Am*

2. Finalità e oggetto dell'accordo

Con il presente accordo, predisposto in rapporto alle direttive nazionali e regionali in materia di liste di attesa, si definiscono le azioni che Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza (A.O.R.), l'IRCCS CROB di Rionero in Vulture, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) e l'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) mettono in campo per la gestione integrata delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali e delle prestazioni di ricovero ospedaliero.

3. Prestazioni di specialistica e strumentale ambulatoriale

In particolare, considerato che la problematica dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali oggetto di monitoraggio, riportati in **allegato 1** al presente documento, può essere affrontata solo attraverso un approccio sistemico, l'accordo definisce il programma di interventi da attivare per garantire il raggiungimento degli obiettivi individuati, che possiamo così riassumere:

- ✓ Governo della domanda delle prestazioni;
- ✓ Potenziamento dell'offerta di prestazioni;
- ✓ Informazione ai cittadini;
- ✓ Monitoraggio delle attività e verifica dei risultati.

Preliminarmente all'elenco delle azioni che le Aziende intendono porre in essere in ciascuno degli ambiti sopra definiti, si ritengono prioritari i seguenti interventi:

1. costituzione task force interaziendale per il governo delle liste d'attesa, deputata al monitoraggio sistematico delle azioni intraprese dalle Aziende e dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi predefiniti;
2. avvio delle attività dell'osservatorio regionale istituito con la DGR n.1178/2018 con il supporto della task force interaziendale.

Di seguito si riportano nel dettaglio le attività che le Aziende intendono realizzare per ciascuno dei punti sopra elencati.

4. Governo della domanda

Il governo della domanda deve essere attuato attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle prenotazioni per classi di priorità.

Si tratta di avviare e consolidare un vero e proprio cambiamento culturale che deve interessare tutte le componenti coinvolte nel sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti a



tutte le strutture erogatrici, con l'obiettivo prioritario di garantire la riduzione della domanda inappropriata di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali.

In particolare, dovranno essere predisposti e diffusi protocolli diagnostici redatti sulla base delle più recenti linee guida, soprattutto per quelle prestazioni con maggiori criticità e per le quali si registra un eccesso di richieste.

4.1 Azioni prioritarie per il triennio 2019-2021

Le azioni prioritarie finalizzate al governo della domanda possono essere così sintetizzate:

1. applicazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) concordati tra i prescrittori (medici di assistenza primaria, medici specialisti ospedalieri e territoriali e specialisti convenzionati interni), con particolare riferimento alle aree cardiovascolare ed oncologica, in conformità alle indicazioni del nuovo PNGLA 2019 – 2021, nonché all'area della diagnostica per immagini, come previsto dagli obiettivi di mandato dei Direttori Generali;
2. applicazione e monitoraggio di un sistema di prenotazione in cui sia esplicitamente indicato il quesito diagnostico e se trattasi di prestazione in primo accesso (con specificazione della Classe di priorità- RAO) o di prestazione successiva al primo accesso, al fine di garantire la diversificazione dell'accesso alle stesse, in considerazione della gravità clinica ed in accordo alle specifiche direttive regionali in materia di classi di priorità;
3. definizione, per quelle prestazioni ospedaliere, specialistiche e strumentali per le quali esiste una forte domanda, delle modalità di integrazione dell'offerta, anche attraverso specifici protocolli operativi da condividere tra le due Aziende Sanitarie Territoriali, l'Azienda Ospedaliera San Carlo e l'IRCCS CROB di Rionero;
4. predisposizione di linee guida per gli specialisti ospedalieri, per gli specialisti ambulatoriali territoriali e distrettuali e per i convenzionati interni al fine di effettuare la successiva prenotazione della prestazione contestualmente alla prescrizione da parte del professionista della struttura che ha preso in carico il paziente, se non diversamente richiesto dal paziente stesso;
5. attivazione di specifiche agende di controlli e di follow up per visite/esame successive al primo accesso e programmate dallo specialista dopo la presa in carico del paziente;
6. attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata agli utenti dedicati alla conferma e/o disdetta delle prestazioni prenotate;
7. adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti;
8. omogeneizzazione della tassonomia delle prestazioni nelle agende CUP;
9. omogeneizzazione interaziendale dei criteri di inserimento delle agende nel CUP;
10. inserimento delle prestazioni dei Centri Esterni Accreditati (CEA) nel sistema CUP, con indicazione della prima data disponibile e calcolo dei tempi d'attesa che tenga conto del volume complessivo delle prestazioni erogabili, comprensivo di quelle dei CEA;

11. attivazione di funzionalità nell'ambito del sistema CUP, atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica;
12. attivazione di funzionalità nella procedura CUP, in caso di scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva proposta, di registrazione dell'avvenuta scelta con distinzione dal target del tempo di attesa;
13. previsione della contestualizzazione tra prenotazione e pagamento ticket o convalida esenzione:
 - sportelli fisici: contestualmente prenotazione e pagamento ticket o convalida esenzione;
 - CUP telefonico: prenotazione, convalida esenzione o pagamento ticket entro 3gg tramite i diversi canali attivi, in mancanza la prenotazione viene annullata;
 - CUP on line web: prenotazione, convalida esenzione o pagamento ticket tramite i diversi canali attivi;
 - farmacie: integrare convenzione per prevedere incassi e riversamento ticket;
14. attivazione di una reportistica trimestrale riportante, per ciascun medico prescrittore (sia MMG o PLS sia specialista ospedaliero/ambulatoriale territoriale o distrettuale e sia specialista convenzionato interno), i volumi di prescrizione di prestazioni ambulatoriali per branca specialistica, con l'obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali, che consentano, attraverso un benchmark interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi di prestazioni ambulatoriali distinti per branca specialistica,
15. implementazioni di attività sistematiche e continuative di valutazione sull'appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi, soprattutto in riferimento a:
 - utilizzo sistematico delle classi di priorità;
 - presenza del quesito diagnostico;
 - corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi;
16. previsione di accordi decentrati con i MMG/PLS in cui la corresponsione delle specifiche indennità accessorie sia subordinata al raggiungimento di predefiniti obiettivi di appropriatezza e congruità prescrittiva, opportunamente quantificati e misurati in funzione di specifici target prefissati;
17. monitoraggio sistematico delle attività effettuate in regime di intramoenia, con specifico riferimento a quella allargata, con verifica di congruità del rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale ed adozione delle misure conseguenti.

4.2 Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)

Le Aziende si impegnano ad attivare tutte quelle iniziative tendenti ad agire sull'appropriatezza delle richieste di prestazioni attraverso la predisposizione e condivisione di specifici Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, dell'area cardiologica, oncologica e della diagnostica per immagine, tra i medici prescrittori (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, specialisti ospedalieri, specialisti ambulatoriali territoriali e distrettuali e specialisti convenzionati interni), e gli specialisti delle strutture erogatrici, sia ambulatoriali che ospedaliere, con l'obiettivo di conformare i loro comportamenti prescrittivi alle migliori e più recenti evidenze scientifiche, alle note e alle condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva introdotte con l'allegato 4D di cui al D.P.C.M. 12/01/2017 dei nuovi LEA e all'utilizzo della ricetta informatizzata che, alimentando il percorso di attivazione del FSE del cittadino, favorisce la riduzione di esami inappropriati.

In particolare il programma prevede:

- a) percorsi formativi sui meccanismi della domanda e dell'offerta e sugli strumenti di ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- b) individuazione di linee guida per una maggiore appropriatezza prescrittiva e conseguente avvio di indagini campionarie sui comportamenti prescrittivi;
- c) percorsi volti a potenziare l'integrazione tra i MMG e i PLS con gli specialisti ambulatoriali territoriali e ospedalieri, ai fini della definizione e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici sopra individuati;
- d) adeguamento degli orari dell'attività ambulatoriale che favoriscano l'accesso ai cittadini e in particolare per i pazienti in età pediatrica, prevedendo una apertura dei servizi in alcuni giorni anche nelle ore pomeridiane.

4.3 Classi di priorità e quesito diagnostico

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità.

Con la D.G.R. n. 140 del 14 febbraio 2012, la Regione Basilicata ha stabilito, a decorrere dal 01.03.2012, l'attivazione del nuovo "Manuale delle Classi di Priorità" con il quale vengono individuate:

- le prestazioni specialistiche e strumentali critiche per le quali deve essere attivata la prenotazione per Classi di Priorità;
- le condizioni cliniche che danno diritto all'accesso alle tre classi di priorità;
- le modalità di accesso alle prenotazioni per Classi di priorità attraverso il CUP regionale sia che si utilizzi il Call center regionale che le singole postazioni CUP territoriali;

- il sistema di monitoraggio e di valutazione della congruità e dell'appropriatezza prescrittiva per Classi di priorità da parte dei prescrittori, per individuare comportamenti difforni da quanto concordato;
- le modalità di comunicazione agli utenti.

Le Aziende si impegnano a far riferimento al manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" di cui al Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021.

Si precisa, altresì, che il Piano ha modificato i tempi massimi per la classe di priorità "P" (Programmata) con tempistica pari a 180 giorni fino al 31/12/2019, quindi con tempo massimo pari a 120 giorni.

5. Potenziamiento dell'offerta

L'AOR San Carlo, l'IRCCS CROB, l'ASP e l'ASM si impegnano a potenziare l'offerta per le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali afferenti alle branche specialistiche di cardiologia, oncologia e di diagnostica per immagine al fine di garantire tempi di attesa *entro un massimo di 60 gg e nel rispetto di quanto stabilito negli articoli 4 e 72 della LR n. 11 del 29.06.2018 della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (RAO)*.

Per il potenziamento delle attività ambulatoriali le Aziende si impegnano ad individuare le specifiche risorse umane, tecnologiche e strutturali necessarie a consentire il potenziamento dell'offerta di prestazioni con una inevitabile ricaduta positiva sui tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Le Aziende si impegnano a favorire l'attuazione di modelli gestionali, in relazione alle risorse disponibili, che estendano la capacità produttiva nel rispetto dei vincoli contrattuali.

A tal proposito, le Aziende possono prevedere anche l'acquisto di prestazioni aggiuntive da concordare con i professionisti, prioritariamente per le prestazioni critiche ai fini dei tempi di attesa. In tal caso, le attività devono essere svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale.

In caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, le Aziende si impegnano ad attuare il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Le Aziende, inoltre, si impegnano a favorire l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva.

Ogni Azienda deve provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e tecnologia, con l'elaborazione di un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale, nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste, nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

Le Aziende procederanno alla definizione ed applicazione di "percorsi di tutela" ovvero di percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in

Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

L'erogatore accreditato, pertanto, si impegnerà "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione).

6. Informazioni e servizi agli utenti

Le Aziende devono garantire la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramoenia, da parte dei sistemi informativi aziendali.

In particolare, tutte le agende di prenotazione sopra specificate, devono essere gestite dal sistema CUP e devono essere suddivise per classi di priorità.

Le Aziende devono vigilare affinché la gestione delle Agende sia improntata ai criteri di flessibilità in modo da evitare la sottoutilizzazione delle capacità erogative e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità.

Le Aziende garantiranno tutte le informazioni agli utenti relativamente alle prestazioni specialistiche e strumentali erogate dalle strutture sanitarie afferenti alle quattro aziende, ai relativi tempi di attesa, alle prestazioni erogabili con classi di priorità, alle modalità di prenotazione, alla quota di compartecipazione alla spesa.

Sarà, inoltre, pubblicato sui rispettivi siti web aziendali, il manuale delle classi di priorità condiviso tra ASP, ASM, AOR e IRCCS CROB.

Le Aziende dovranno fornire analoghe informazioni attraverso il CUP regionale, gli sportelli CUP ospedalieri e distrettuali, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli sportelli URP.

Inoltre, il programma di informazione deve prevedere:

- l'utilizzo del sito web aziendale per diffondere informazioni sui tempi di attesa, sulla tipologia delle prestazioni erogate dalle varie strutture presenti sul territorio e sulle modalità di erogazione;
- l'utilizzo del sito web aziendale per informare i cittadini sulla differenza tra prima visita - primo accesso e visita di controllo, su cui si basa il primo livello del concetto di priorità di attesa;
- ad attuare una informazione continua dei medici prescrittori sulle corrette modalità prescrittive utilizzando: il sito aziendale, le note informative esposte nelle sale d'attesa degli ambulatori e le eventuali lettere per i prescrittori che non si attengono alle disposizioni regionali (prima visita/controllo, quesito diagnostico, ecc.) predisposte sulla base delle segnalazioni degli erogatori;
- a coinvolgere le Farmacie Comunali e Private del territorio per la diffusione delle informazioni alla cittadinanza;

- a sviluppare un sistema di verifica costante sul grado di soddisfazione degli utenti (customer satisfaction) attraverso appositi questionari;
- a migliorare l'accessibilità ai servizi consentendo la prenotazione, il pagamento del ticket e il ritiro referti presso punti prenotazione collocato in aree strategiche della città;
- a definire un piano condiviso formativo di tutti gli operatori di sportello sulle procedure di front office e back office.

Le Aziende si impegnano a favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità, l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate e l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.

7. Prestazioni in regime di ricovero

Per il governo delle liste di attesa delle prestazioni in regime di ricovero e contenute nell'allegato 2 del documento ministeriale, di particolare rilievo è l'indicazione di gestire a livello regionale la lista di attesa per le prestazioni chirurgiche in elezione e per classi di priorità.

Tale modello organizzativo centralizzato, che richiede un ripensamento degli attuali modelli gestionali centrati sulle singole aziende, va perseguito attraverso accordi condivisi fra le aziende con il coinvolgimento attivo dei competenti uffici regionali.

8. Cronoprogramma

Di seguito si riporta il crono programma degli interventi da realizzare per il governo delle liste di attesa in regime ambulatoriale:

Obiettivo	Attività	Tempi di realizzazione
Governo della domanda	Costituzione task force inter-aziendale	30/04/2019
	Attivazione osservatorio regionale DGR n.1178/2018 con supporto di task force interaziendale	30/06/2019
	Aggiornamento e divulgazione del manuale delle classi di priorità tramite i diversi canali informativi	30/06/2019
	Individuazione delle risorse umane, tecnologiche e strutturali.	II° semestre 2019


Protocollo operativo per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero

Obiettivo	Attività	Tempi di realizzazione
Governo della domanda	Attivazione procedure per la predisposizione di report mensile sulle prescrizioni di prestazioni ambulatoriali da parte degli specialisti ospedalieri, degli specialisti ambulatoriali territoriali e distrettuali, e degli specialisti convenzionati interni.	30/09/2019
	attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata agli utenti dedicati alla conferma e/o disdetta delle prestazioni prenotate	30/09/2019
	Predisposizione, condivisione ed implementazione dei PDTA di cardiologia, oncologia e di diagnostica per immagine tra specialisti ospedalieri, gli specialisti ambulatoriali territoriali e distrettuali e gli specialisti convenzionati interni.	II° semestre 2019
	Omogeneizzazione della tassonomia delle prestazioni nelle agende CUP in particolare della definizione delle stesse e della loro classificazione	30/06/2019
	Omogeneizzazione interaziendale dei criteri di inserimento delle agende nel CUP	30/06/2019
	Inserimento delle prestazioni dei Centri Esterni Accreditati (CEA) nel sistema CUP, con indicazione della prima data disponibile e calcolo dei tempi d'attesa che tenga conto del volume complessivo delle prestazioni erogabili, comprensivo di quelle dei CEA	II° semestre 2019
	Contestualizzazione tra prenotazione prestazione e pagamento ticket o convalida esenzione	II° semestre 2019
	Adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.	II° semestre 2019
	Attivazione di funzionalità nell'ambito del sistema CUP, atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.	II° semestre 2019

Obiettivo	Attività	Tempi di realizzazione
	Predisposizione di Piano di potenziamento delle attività ambulatoriali critiche individuate e concordate dai Direttori Sanitari Aziendali.	30/06/2019
Potenziamento dell'offerta	Monitoraggio dei tempi di attesa	Trimestrale
	Monitoraggio appropriatezza delle prestazioni in classi di priorità	Semestrale
Informazione ai cittadini	Aggiornamento dei siti web delle aziende ove necessario	A decorrere dalla data di sottoscrizione del protocollo
	Attivazione di incontri informativi con gli stakeholder	A decorrere dalla data di sottoscrizione del protocollo
	Attivazione di indagini di customer satisfaction	

Di seguito si riporta il crono programma degli interventi da realizzare per il governo delle liste delle prestazioni in regime di ricovero programmato:

Obiettivo	Attività	Tempi di realizzazione
Liste di attesa dei ricoveri programmati	Istituzione di un gruppo di lavoro composto da referenti regionali e aziendali per il coordinamento delle azioni sopra specificate e il monitoraggio dei risultati	30/04/2019
	Predisposizione del manuale regionale delle classi di priorità per patologia	II° semestre 2019
	Predisposizione della piattaforma web regionale per l'inserimento dei ricoveri programmati	II° semestre 2019
	Predisposizione della procedura per l'inserimento da parte delle singole aziende dei ricoveri programmati sulla piattaforma unica regionale	II° semestre 2019

   *Protocollo operativo per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero*

9. Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

Si concordano le seguenti attività di monitoraggio semestrale per le prestazioni di cui all'Allegato 1" e all'Allegato 2" del presente Accordo:

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 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);
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

10. Monitoraggio appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali

Le Aziende Sanitarie Regionali, in aggiunta a quanto previsto dal Ministero, predisporranno trimestralmente il seguente programma:

- tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali di cardiologia, oncologia e di diagnostica per immagini;
- appropriatezza delle richieste di prestazioni per classi di priorità tramite la verifica sulla coerenza tra quesito diagnostico indicato sull'impegnativa e le patologie previste dal manuale per la prescrivibilità in priorità.
- report per singolo prescrittore (medico di medicina generale, pediatria di libera scelta, convenzionato interno o distrettuale e specialista ospedaliero) sul numero e tipologia di prestazioni ambulatoriali richieste;
- report per singolo prescrittore (medico di medicina generale, pediatria di libera scelta, convenzionato interno o distrettuale e specialista ospedaliero) sul numero e tipologia di prestazioni ambulatoriali richieste per classi di priorità e relativo livello di appropriatezza.

11. Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero

Si concordano le seguenti attività di monitoraggio semestrale per le prestazioni di cui all'Allegato 2" al presente Accordo:

- Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero erogate;
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate alle liste di attesa dei ricoveri.

12. Verifica attività informative

Si procederà, infine, alla verifica sulle attività formative e informative dei medici di assistenza primaria e degli specialisti ospedalieri e territoriali.

Il monitoraggio sarà effettuato nel mese successivo al semestre e/o al trimestre di riferimento.

Le aziende si impegnano a predisporre semestralmente apposita relazione riportante le attività svolte, i risultati raggiunti, eventuali criticità riscontrate nell'attuazione del presente piano e le eventuali azioni correttive. Tale relazione, da inviare al Dipartimento Politiche della Persona, sarà allegata alla relazione attestante lo stato di avanzamento delle attività poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi assegnati di cui all'art. 3 del contratto individuale dei Direttori Generali.

13. Norme finali

Il presente piano ha decorrenza dalla data di sottoscrizione e ha la durata di un triennio (2019-2021), con possibilità di aggiornamento sia in rapporto ai risultati ottenuti che in relazione alle eventuali ulteriori dettati normativi nazionali e regionali.

Potenza,

Delegato dal Direttore Generale

AZIENDA SANITARIA MATERA

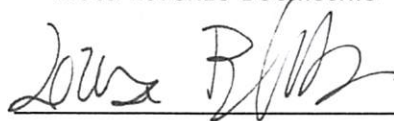
Dott. Raffaele Giordano



Il Direttore Generale

AZIENDA SANITARIA POTENZA

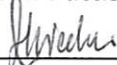
Dott. Lorenzo Bochicchio



Il Direttore Generale

I.R.C.C.S. CROB di Rionero

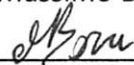
Dott. Giovanni Battista Bochicchio



Il Direttore Generale

A.O.R. SAN CARLO

Dott. Massimo Barresi



3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA sono quelle inserite nei punti 3.1, 3.2 e 3.3. Tali prestazioni possono essere incrementate, e può essere previsto l'adeguamento dei flussi informativi utili al monitoraggio. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.

In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio verranno rivisti.

Non sono oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva. Per queste le Regioni e le Province Autonome prevedono specifiche modalità di offerta e di prenotazione e ne assicurano i tempi dandone visibilità, anche in relazione all'obiettivo di aumentare l'adesione della popolazione target.

Le Regioni e Province Autonome prevedono, altresì, il Monitoraggio delle prestazioni di controllo con modalità che riterranno più appropriate ai loro sistemi informativi e gestionali.

3.1. Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).

La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.

A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità.

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;
- **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

- **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni^(*).

(*) fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono 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; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione e indicazioni generali anche nel PNGLA.

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	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

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
<i>Diagnostica per Immagini</i>			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
	MDC		
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5
Altri esami Specialistici			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio	45.24	45.24

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	flessibile		
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

3.2. Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

I Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

Nell'ambito dell'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa di cui all'Introduzione sarà adottato uno specifico set di indicatori di flusso, di utilizzo comune nell'analisi delle attività ospedaliere, atto a monitorare l'efficienza gestionale dei ricoveri ospedalieri.

Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	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	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

Handwritten signatures and initials, including a large signature and a smaller one to the right.

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di Monitoraggio sono indicati nella tabella sottostante:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	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	