

CRITERI DI FORMAZIONE DELLE LISTE DI ATTESA E TEMPI DI ATTESA.

CITERI DI FORMAZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

I criteri per la formazione delle liste di attesa sono regolate secondo il Piano Attuativo Aziendale sul Governo delle Liste di Attesa (PAAGLA), di cui alla Delibera IFO n. 727 del 03.08.2016, che recepisce ed attua il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2013-2015 della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta 28 ottobre 2013 n. U00437.

In considerazione della particolare *mission* degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Istituto Regina Elena e San Gallicano, volta, rispettivamente, alla diagnosi e cura delle patologie Oncologiche e Dermatologiche, i tempi di attesa monitorati e gestiti sono riferibili alla completa presa in carico dei pazienti oncologici e dermatologici, concretizzandosi nei tempi di attesa per le prime visite dermatologiche, oncologiche, ematologiche e delle specialità chirurgiche afferenti, demandando l'approfondimento diagnostico (anche strumentale) e terapeutico a percorsi interni, con prenotazioni gestite internamente dai medici specialisti IFO, prevalentemente in Day Service. Quest'ultima modalità di assistenza ambulatoriale consiste nel trattamento, entro tempi determinati, in alternativa al ricovero diurno od ordinario, di problemi sanitari complessi, tramite la presa in carico degli stessi da parte di un medico specialista referente, che pianifica il successivo processo assistenziale ambulatoriale.

Nell'ambito del Day Service, ove previsti dalla Regione, possono essere erogati Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), consistenti in un insieme di prestazioni ambulatoriali multidisciplinari ed integrate, volte alla gestione dello stesso problema sanitario complesso, diagnostico o terapeutico, che viene erogato in un arco temporale ristretto, a fronte dell'emissione di un'unica prescrizione e corresponsione di un unico ticket per l'attivazione del PAC.

Inoltre, al fine di agevolare la presa in carico dei pazienti afferenti agli ambulatori di prime visite e controlli è stato attivato presso gli stessi ambulatori uno "sportello oncologico", con due postazioni Recup, presso le quali i pazienti, appena terminata la visita, possono essere prenotati per tutte le prestazioni prescritte in sede di visita.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI VISITE E DIAGNOSTICA

Il sistema di primo accesso alle prestazioni ambulatoriali di visita e diagnostica in azienda è affidato alla gestione C.U.P. , regolato secondo le direttive del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2013-2015.

Il sistema utilizza agende informatizzate create sulla base di un palinsesto che contiene le indicazioni riguardanti la tipologia e codice delle prestazioni, secondo il Catalogo Unico Regionale, il numero di prestazioni prenotabili ed i giorni e gli orari di erogazione.

AGENDE DI PRENOTAZIONE PRESTAZIONI DI PRIMO CONTATTO

Con il termine prima visita si intende, come previsto dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2013-2015 della Regione Lazio “*il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse le prestazioni di controllo e le prestazioni inserite nei programmi regionali di prevenzione attiva (screening). Sono prestazioni di primo accesso anche quelle che lo specialista, che osserva per primo il paziente, richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l’approfondimento del quesito diagnostico. Per i pazienti con diagnosi già definita, ovvero affetti da malattie croniche (come quelle oncologiche), si considera lo stesso come primo accesso la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva*”.

Le prestazioni per controlli successivi vengono definite per differenza e sono erogate nell’ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche.

L’obiettivo principale che si sono posti gli Istituti è quello di garantire tempi di attesa idonei per la presa in carico dei pazienti sospetti oncologici e dei pazienti dermatologici, da avviare successivamente ai percorsi interni di diagnosi, stadiazione, terapia chirurgica e/o medica, monitoraggio dell’efficacia della terapia, follow up stretto, a breve termine.

.Le agende di prenotazione sono predisposte secondo i codici di priorità.

I tempi massimi di attesa si intendono tali in base a criteri di priorità indicata nella prescrizione dal medico proscrittore, che è tenuto a riportare sulla prescrizione:

1. Se si tratta di primo contatto o di contatto successivo, inteso come visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow-up.
2. La classe di priorità.
3. Il quesito diagnostico, identificato con un codice ICD-9CM

Codici di priorità (Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2013-2015), obbligatori per le prime prestazioni ambulatoriali.

A riguardo, in particolare per le prestazioni ambulatoriali è stato recepito il DCA 211/2016 sulle Linee Guida per l’attribuzione delle classi di priorità nelle prestazioni ambulatoriali e quindi dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei ed è in corso di completamento la ristrutturazione delle agende per classi di priorità come da documento tecnico accluso alla Determina regionale n. G18397 del 19.12.2014

Codice Criterio di Priorità	Significato Codice	Tempo Massimo Attesa
U	Urgente	Da eseguire nel più breve tempo possibile, e comunque, entro 72 ore
B	Urgenza Breve	Da eseguire entro 10 gg
D	Differibile	Da eseguire entro: <ul style="list-style-type: none"> • 30 gg per le visite • 60 gg per le prestazioni strumentali
P	Senza Priorità	Prestazione Programmata

Elenco prestazioni ambulatoriali con garanzia di tempi massimi di attesa.

Di seguito l'elenco delle prestazioni ambulatoriali erogabili presso IFO e recepite dal PAAGLA, tra le 14 visite specialistiche e le 29 prestazioni di diagnostica strumentale previste dal Piano Regionale .

Visite specialistiche

Numero	Gruppo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	1.1	Visita cardiologica*	89.7	8
2	1.3	Visita Endocrinologica	89.7	19
3	1.4	Visita neurologica	89.13	32
4	1.6	Visita ortopedica	89.7	36
5	1.7	Visita ginecologica	89.26	37
6	1.8	Visita Otorinolaringoiatrica	89.7	38
7	1.9	Visita urologica	89.7	43
8	1.10	Visita dermatologica	89.7	52
9	1.12	Visita gastroenterologia *	89.7	58
10	1.13	Visita oncologica	89.7	64
11	1.14	Visita pneumologica	89.7	68

Prestazioni strumentali.

Numero	Gruppo	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini			
12	2.1	Mammografia*	87.37.1 - 87.37.2
13	2.2	TC senza e con contrasto torace*	87.41 – 87.41.1
14		TC senza e con contrasto addome superiore*	88.01.2 – 88.01.1
15		TC senza e con contrasto addome inferiore*	88.01.4 – 88.01.3
16		TC senza e con contrasto addome completo*	88.01.6 – 88.01.5
17		TC senza e con contrasto Capo*	87.03 – 87.03.1
18		TC senza e con contrasto rachide e speco verteb.*	88.38.2 – 88.38.1
19		TC senza e con contrasto bacino*	88.38.5
20		2.3	RMN Cervello e Tronco Encefalico*
21	RMN Pelvi e Vescica*		88.95.4 – 88.95.5
22	RMN Muscoloscheletrica*		88.94.1 – 88.94.2
23	RMN Colonna Vertebrale*		88.93 – 88.93.1
24	2.6	Ecografia Capo e Collo*	88.71.4
25	2.7	Ecocolordopplergrafia cardiaca*	88.72.3
26	2.6	Ecografia Addome (superiore, inferiore, completo)*	88.74.1 – 88.75.1 – 88.76.1
27	2.4	Ecografia Mammella*	88.73.1 – 88.73.2
28	2.5	Ecografia Ginecologica*	88.78.2
Altri Esami Specialistici			
29	3.1	Colonscopia*	45.23 – 45.25 – 45.42

30		Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile*	45.24
31		Esofagogastroduodenoscopia*	45.13 – 45.16
32	3.2	Elettrocardiogramma*	89.52
33	3.3	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)*	89.50
34	3.2	Elettrocardiogramma da sforzo*	89.41 – 89.43
35	3.4	Audiometria	95.41.1
36	3.5	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2
37	3.7	Elettromiografia	93.08.1

(*) prestazioni prenotabili al CUP aziendale

 Agende riservate a pazienti già in carico IFO.

MODALITA' DI PRENOTAZIONE

Gli Istituti hanno allineato tutte le prestazioni erogabili al Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili, in ossequio al DCA 109/2016.

Le modalità di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali sono attualmente riconducibili alle seguenti modalità:

- ReCUP Regionale
- CUP Aziendale, presso sportelli dedicati IFO e “Sportello Oncologico”
- Dottor. CUP (per le urgenze)

Tra le prestazioni sottoposte a monitoraggio tutte le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche sono visibile a sistema ReCUP,

Le prestazioni riferibili alle agende di diagnostica di Endoscopia digestiva e radiologica sono al momento prenotabili al CUP aziendale, per la migliore preparazione e gestione dei pazienti per gli esami diagnostici.

AGENDE DI PRENOTAZIONE PRESTAZIONI DI CONTROLLO

In ordine alla necessità di programmare e garantire:

- Le viste di controllo che hanno specifiche scadenze temporali dettate dal processo di cura del paziente,
- Le prestazioni che afferiscono a definiti percorsi diagnostici terapeutici
- Le prestazioni oggetto dell’offerta erogata attraverso la modalità organizzativa del Day Service

Sono state predisposte agende di prenotazione, definite e dedicate, e prenotabili dagli operatori direttamente presso alcuni ambulatori, soprattutto di prime visite controlli oncologici, ciò a garanzia della presa in carico del paziente sia clinico-assistenziale che organizzativa .

INFORMAZIONI UTILI AGLI UTENTI

- Qualora il Medico di famiglia rilevi uno stato di effettiva necessità di prestazioni urgenti può utilizzare il servizio Nuovo Doctor CUP: in questo modo è infatti lo stesso

medico curante a prenotare, in presenza del paziente, l'esame o la visita necessaria, che dovranno essere erogate entro massimo 72 ore.

- I Medici di famiglia sono stati dotati di una card con il codice personale per effettuare, attraverso un CUP riservato, le prenotazioni. Solo il medico curante può accedere alla prenotazione prioritaria e solo in presenza di particolari diagnosi.
- L'utente che, dopo aver prenotato la prestazione specialistica compresa nel Nomenclatore Tariffario Regionale, indipendentemente dal tempo di attesa previsto, non si presenti all'appuntamento non preannunciando la rinuncia o l'impossibilità a fruire la prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, è tenuto, anche se esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione.
- L'utente che, dopo aver usufruito di una qualsiasi prestazione specialistica, non provveda a ritirare il referto diagnostico, è tenuto, ove non l'abbia già precedentemente corrisposto, al versamento della quota di compartecipazione al costo della prenotazione.
- Il rifiuto della prenotazione proposta, entro il tempo previsto, per una diversa scelta dell'utente, libera l'Azienda da qualsiasi onere risarcitorio. (Decreto Commissario ad Acta U00437/2013)