

CRITERI DI FORMAZIONE DELLE LISTE DI ATTESA E TEMPI DI ATTESA

CRITERI 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) che recepisce ed attua il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)..

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 del sistema C.U.P. che 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 prescrittore, 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.

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*	88.91.1 – 88.91.2
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.

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

Per le prime visite

- ReCUP, numero verde Regionale
- Dottor. CUP (per le urgenze) entro 48 ore
- CUP Aziendale, presso sportelli IFO dedicati per specialità, ed appositi Percorsi “Oncologico”, “Chirurgico” e “Dermatologico” per la continuità assistenziale, per eventuali successivi appuntamenti per approfondimenti diagnostici o di stadiazione, ovvero di controllo a breve, medio e lungo termine

Tra le prestazioni sottoposte a monitoraggio sono 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 già in carico IFO, per gli esami diagnostici di sospetti o controlli.

Altra modalità di primo accesso alle prestazioni degli Istituti avvengono tramite il Day Service che è un servizio che offre un “pacchetto di prestazioni specialistiche ambulatoriali”, “P.A.C.” Questa metodologia organizzativa evita al cittadino tempi lunghi, che spesso si frappongono tra le richieste del medico e l’effettuazione delle singole prestazioni, è un modello organizzativo che permette di affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico attraverso l’erogazione di prestazioni multiple integrate di carattere medico. Il PAC può essere attivato ogni volta che la situazione clinica del paziente non giustifica il ricovero in regime ordinario ma richiede, comunque, un inquadramento globale diagnostico e terapeutico da effettuarsi in tempi necessariamente brevi.

Possono essere rivolti a pazienti che presentano sintomatologia di nuovo esordio o di riacutizzazione/scompenso della patologia di base o che richiedono valutazioni periodiche programmate, sulla base di un protocollo predefinito, sono strutturati e costituiti da gruppi definiti di prestazioni, incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, all’interno dei quali lo specialista sceglie le prestazioni effettivamente da erogare, secondo criteri di evidenza e di efficacia clinica.

Essi possono essere attivati anche e soprattutto dai Medici di Medicina Generale

Ogni PAC ha un minimo di prestazioni obbligatorie senza le quali non si può accedere al PAC e non deve superare l’arco temporale di un mese.

Lo scopo del servizio è quello di:

- Ridurre il tasso di ospedalizzazione, attraverso la riduzione dei ricoveri “impropri”;
- Ridurre l’impatto economico dell’utente sul ticket, dal momento che lo stesso paga solo l’impegno di attivazione del PAC
- Migliorare l’appropriatezza nell’uso delle risorse;
- Migliorare la qualità del servizio reso al cittadino attraverso la continuità assistenziale e la riduzione dei tempi di attesa;
- Migliorare la qualità dell’attività Clinica basata sull’attivazione di un percorso Clinico individuato e condiviso dagli specialisti;
- Favorire la continuità assistenziale, nel momento in cui l’utente viene inserito nel percorso scelto dal medico specialista del PAC è seguito sempre dallo stesso medico.

Presso questi Istituti i PAC attivi che vengono erogati dal Day Service sono attualmente i seguenti:



PAC Attivi in Ds	Reparti che utilizzano il Ds	Prestazioni minime richieste per singolo PAC	Durata
P.A.C. P 154 "Per la stadiazione e rivalutazione di carcinoma del colon retto"	Chirurgia digestiva Chirurgia epatobiliare	4	30 giorni
P.A.C. P2357 "Diagnostico per l'addensamento polmonare"	Chirurgia Toracica	4	30 giorni
P.A.C. P7856 "Adenoinfomegalia superficiale"	Ematologia	5	30 giorni
P.A.C. PV200 "Stadiazione e ristadiazione di sindrome linfoproliferativa"	Ematologia	5	30 giorni
P.A.C. PV106A "Diagnostico per l'accertamento di idoneità del paziente al trapianto di cellule staminali emopoietiche"	Ematologia	7	30 giorni
P.A.C PV 2030 " Mieloma"	Ematologia	3	30 giorni

ATTIVITA' DI RICOVERO

Prestazioni in regime di ricovero:

Per i ricoveri vige la classificazione dei ricoveri in base alle classi di priorità stabilite con DM 135 del 08.07.2010.

Classe A:

Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi.

Classe B:

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

Classe C:

Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione, o disabilità, e non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, o, comunque, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.



Classe D:

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

I ricoveri oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa, di interesse di questi Istituti, sono:

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
Prestazioni in Day Hospital/Day Surgery			
38	Chemioterapia	99.25	V58.1
39	Biopsia percutanea fegato	50.11	19
Prestazioni con ricovero ordinario			
40	Interventi chirurg. Tumore mammella	85.4x	Categoria 174
41	Interventi chirurg. Tumore prostata	60.5	Codice 185
42	Interventi chirurg. Tumore colon-retto	45.7x; 45.8; 48.5; 48.6	Categorie 153 e 154
43	Interventi chirurg. Tumore dell'utero	Da 68.3 a 68.9	
44	Interventi chirurg. Tumore polmone	32.3; 32.4; 32.5; 32.9	Categoria 162

In particolare, per la tipologia di patologie trattate, la maggior parte dei ricoveri sono in classe di priorità A ed alcuni in classe di priorità B.

Le prestazioni di chemioterapia ed i trattamenti chirurgici non diagnostici, relativi alle patologie oncologiche (priorità A, in alcuni casi B) oggetto di monitoraggio, vengono garantiti in un tempo massimo di attesa, per il 90% dei pazienti, entro 30 giorni dal momento della prenotazione per il ricovero e la conclusione degli accertamenti diagnostici e/o di stadiazione.

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)