



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Il Direttore Generale

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2017. 0342167 12/05/2017 14,45

Mitt. : 5204 Direzione Generale tutela salu...

Dest. : DIRETTORI GENERALI AA.SS.LL.

Classifica : 52.4. Fascicolo : 201 del 2017



Ai DDGG delle AASSLL della Regione Campania

Ai DDGG delle AAOO, AAOOUU, AAOORRNN e
dell'IRCSS della Regione Campania

Loro Sedi

Oggetto: Circolare adozione classi di priorità.

In riferimento alla corretta applicazione dei codici di priorità da parte dei MMG e facendo seguito alle numerose comunicazioni succedutesi nel corso di questi ultimi anni si ribadisce che l'adozione delle classi di priorità è un obbligo previsto dal Piano Nazionale e Regionale di governo delle liste di attesa nonché oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute nell'ambito della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Adempimenti Lea) ai fini dell'accesso al maggior finanziamento del fondo del SSN (quota premiale).

In particolare, ai fini della verifica degli obblighi previsti dal Questionario LEA, sono predisposti:

1. Il monitoraggio ex ante:

per le 43 prestazioni traccianti, la verifica viene effettuata solo qualora tutti i campi sono valorizzati al 90% sia per la classe B che per la classe D.

Si ribadisce che suddetto monitoraggio viene effettuato esclusivamente per le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema sanitario relativamente all'attuale problema di salute. Inoltre sono da considerarsi primi accessi quelle prestazioni di specialistica la cui erogazione non risulti essere stata effettuata nei 12 mesi precedenti.

2. Il monitoraggio ex post l'adempienza viene valutata:

per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia rispetto al valore dei seguenti indicatori, calcolati dopo revisione dell'accuratezza del tracciato record:

a) Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B.

b) Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.

Il valore soglia per ognuna delle 8 prestazioni previste per il 2016 è \geq al 50%.

Relativamente alle modalità di calcolo degli indicatori, si sottolinea che la stessa è possibile qualora tutti i campi siano valorizzati almeno al 90%.

Un corretto utilizzo delle classi di priorità permette di assolvere obblighi previsti dagli adempimenti Lea; a far emergere, inoltre, eventuali aree critiche della rete dell'offerta su cui programmare specifici interventi correttivi.

L'applicazione delle classi di priorità da parte del MMG ha la specifica funzione, quindi, di consentire il governo delle liste di attesa relativamente alle sole prestazioni territoriali e di ricovero programmato, previste dall'attuale normativa nazionale e regionale.

Il decreto commissariale 87 del 24 luglio 2013 e successivo 149/2014, AIR Campania, nella dichiarazione a verbale n 1, ha definito, tra l'altro, **le responsabilità dei singoli attori del percorso che si richiamano integralmente:**

“Il medico di medicina generale all'atto della prescrizione è tenuto a fornire al cittadino tutte le informazioni utili riguardo la inclusione nelle classi di priorità, ai fini della espressione del consenso informato e consapevole

Il medico identifica le classi di priorità quale strumento di riferimento per l'erogazione delle prestazioni sulla base di un primo rilievo clinico che non può considerarsi vincolante rispetto a nuovi eventi successivi all'atto della prescrizione. L'indicazione della classe di priorità, in caso di modifica dello stato clinico del paziente o di una nuova valutazione del MMG, comporta la nullità della precedente prescrizione e la necessità di una nuova riclassificazione. La responsabilità del MMG relativamente ai tempi di erogazione delle prestazioni richieste si esaurisce al momento della formulazione della proposta.

La scelta dell'utente nei confronti di uno specifico specialista ambulatoriale o di altra struttura presso cui non vi sia disponibilità entro il tempo massimo definito in rapporto alla priorità richiesta comporta la decadenza al diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa.

È responsabilità dell'Azienda assicurare i tempi massimi per l'erogazione della prestazione secondo le indicazioni dei codici di priorità.

Qualora l'Azienda non potesse assicurare il rispetto dei tempi massimi di erogazione, attiverà tutte le procedure di riorganizzazione dei servizi per il superamento di suddetta criticità.”

Individuare la classe di priorità, in base allo stato clinico del paziente, è facoltà esclusiva del MMG. Lo stesso ne dà comunicazione al paziente all'atto della prescrizione. Per evitare comportamenti opportunistici, la classe individuata non può, successivamente, in alcun modo, essere modificata su indicazione della struttura erogatrice o su richiesta dell'assistito.

Con la messa a regime della ricetta dematerializzata, solo per le prestazioni oggetto di monitoraggio, sono stati resi obbligatori e vincolanti ai fini della prescrizione il campo “tipo di accesso” ed il campo classe di priorità, in quanto campi concatenati come da all 2 della DGRC n. 329/2016 e DCA n. 82/2016. Pertanto se il medico inserisce il **valore 1 = primo accesso, deve obbligatoriamente indicare una tra le 4 classi di priorità previste U, B, D, P,** se inserisce il valore 0 = altra tipologia di accesso, può compilare o meno uno dei 4 valori della classe priorità.

Da un'analisi delle prescrizioni relative ai primi due mesi dell'anno 2017 si rileva ancora un ricorso improprio alla classe di priorità P benchè le prestazioni richieste siano state erogate, nella maggior parte dei casi, nei tempi d'attesa previsti per le classi B o D, nonché difformità applicative nel sistema TS nell' acquisizione dei predetti codici e funzionalità improprie dei gestionali dei MMG.

Alla luce di quanto sopra, nella riunione del Comitato ex art. 24 della Medicina Generale del 20.04.2017 si è convenuto di:

- richiedere al Sistema TS di attenersi a quanto specificamente definito dalla presente circolare impedendo, quindi, il blocco delle prescrizioni dematerializzate qualora sia assente la classe di priorità per le prestazioni non oggetto di monitoraggio;
- consentire alle Software House dei MMG di modificare i gestionali al fine di attenersi alle modalità sopra riportate;
- chiarire che il mmg non è tenuto ad indicare nella prescrizione il tipo di accesso e il codice di priorità per le prestazioni non indicate nel PRGLA;
- avviare una costante azione di monitoraggio delle prescrizioni e della corretta adozione delle classi di priorità.

In particolare per ogni singolo MMG si valuteranno:

- la % di primo accesso sul totale delle prescrizioni
 - la % classi B e D sul totale delle prestazioni di primo accesso
- ed inoltre per la valutazione della tempistica dell'erogazione delle prestazioni:
- la % del rispetto dei tempi di attesa per le prescrizioni con classi B e D sul totale delle prestazioni con classe B e D
- la valutazione di tale monitoraggio è demandata agli organismi previsti al capo III art 8 dell'AIR vigente;
 - trasferire a tutti gli operatori del SSR la modalità di utilizzo di tali codici al fine di evitare difformità di applicazione con conseguenti ricadute sul piano della responsabilità professionale.

Pertanto si invitano le SS.LL. in indirizzo e, per loro tramite, i MMG affinché venga assicurato un utilizzo corretto dei campi "tipo di accesso" e "classe di priorità" eventualmente rimodulando, ove necessario, la rete dell'offerta, per assicurare i tempi di attesa previsti per le specifiche classi di priorità indicate nelle prescrizioni, dando ampia diffusione a suddetta circolare e prevedendo anche specifici eventi formativi aziendali.

FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI REGIONALI PER LE PRESTAZIONI DI CUI AL PUNTO 3 DEL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA 2010-2012

Le prestazioni per le quali secondo il PNGLA vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa comprendono: A) 43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale; B) 15 in regime di ricovero, di cui 5 erogate in regime di ricovero diurno e 10 in regime di ricovero ordinario.

A) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

VISITE SPECIALISTICHE

N.	Prestazione
1.	Visita cardiologia
2.	Visita chirurgia vascolare

3	Visita endocrinologia
4	Visita neurologica
5	Visita oculistica
6	Visita ortopedica
7	Visita ginecologica
8	Visita otorinolaringoiatria
9	Visita urologia
10	Visita dermatologica
11	Visita fisiatrice
12	Visita gastroenterologica
13	Visita oncologica
14	Visita pneumologica

PRESTAZIONI STRUMENTALI

N.	Prestazione
15	Mammografia
16	TC senza e con contrasto Torace
17	TC senza e con contrasto Addome superiore
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore
19	TC senza e con contrasto Addome completo
20	TC senza e con contrasto Capo
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale
22	TC senza e con contrasto Bacino
23	RMN Cervello e tronco encefalico
24	RMN Pelvi, prostata e vescica
25	RMN Muscoloscheletrica
26	RMN Colonna vertebrale
27	Ecografia Capo e collo
28	Ecocolordoppler cardiaca
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra ortici
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici
31	Ecografia Addome
32	Ecografia Mammella
33	Ecografia Ostetrica-Ginecologica

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N.	Prestazione
34	Colonscopia
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
36	Esofagogastroduodenoscopia
37	Elettrocardiogramma
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
39	Elettrocardiogramma da sforzo
40	Audiometria
41	Spirometria
42	Fondo Oculare
43	Elettromiografia

B) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Le prestazioni in regime di ricovero per cui devono essere fissati, garantiti e monitorati i tempi di attesa sono:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

N.	Prestazione
44	Chemioterapia (1)
45	Coronarografia
46	Biopsia percutanea del fegato (1)
47	Emorroidectomia
48	Riparazione ernia inguinale (1)

(1) Qualora tali prestazioni vengano erogate prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio sarà svolto in tale setting assistenziale

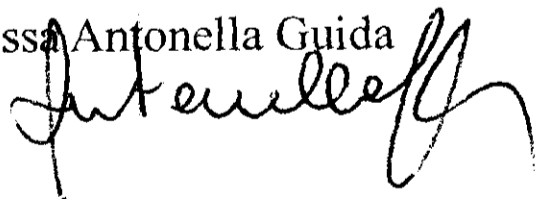
PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

N.	Prestazione
49	Interventi chirurgici tumore Mammella
50	Interventi chirurgici tumore Prostata
51	Interventi chirurgici tumore colon retto
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero
53	By pass aortocoronarico
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)
55	Endoarteriectomia carotidea
56	Intervento protesi d'anca
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone
58	Tonsillectomia

(2) Qualora tali prestazioni vengano erogate prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery il monitoraggio si applicherà in tale setting assistenziale.

Il Dirigente di Staff Tecnico-Operativo

Dr.ssa Antonella Guida



Avv. Antonio Postiglione

