



# Regione Molise

## GIUNTA REGIONALE

Seduta del 6 marzo 2007

Deliberazione n. 184

OGGETTO:

**Piano Regionale di contenimento dei Tempi di Attesa per le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e in regime di ricovero ospedaliero - Adempimenti ex Accordo Stato-Regioni 28 marzo 2006**

### LA GIUNTA REGIONALE

riunitasi il giorno \_\_\_\_\_

nella sede dell'Ente con la presenza dei Sigg.:

_____	1) IORIO	Angelo Michele	<b>PRESIDENTE</b>
_____	2) ARCO	Sandro	<b>ASSESSORE</b>
_____	3) DI GIACOMO	Ulisse	“
_____	4) DI SANDRO FUSCO	Filoteo	(assente)
_____	5) PERRELLA	Angiolina	“
_____	6) MARINELLI	Franco Giorgio	“
_____	7) ORLANDO	Emilio	“
_____	8) VELARDI	Luigi	(assente)
_____	9) VITAGLIANO	Gianfranco	“

**SEGRETARIO:** Laura DE SANTIS

**HA DECISO**

**sull'argomento di cui all'oggetto quanto di seguito riportato (facciate interne):**

Presidenza/Assessorato: Direzione Generale V – Politiche Sanitarie

Servizio: Osservatorio Regionale sulla  
Qualità dei Servizi Sanitari – Servizio di Staff

La presente proposta di deliberazione è stata istruita e redatta dalla Struttura diretta dal sottoscritto Responsabile di Servizio, che esprime parere favorevole in ordine alla legittimità della stessa, anche ai fini dell'art. 50, primo comma della L.R. 7 maggio 2002, n.4. Campobasso, lì

**Il Responsabile dell'istruttoria**

Dott Alberto Montano

**Il Direttore Generale**

Dott. Pier Luigi Amoroso

*Servizio Politiche Finanziarie e Tributarie*

Si attesta, ai sensi dell'art. 51 della L. R. del 7.5.2002, n. 4, che l'atto non comporta impegno di spesa.

Capitolo \_\_\_\_\_ Eserc. \_\_\_\_\_ Es/impegno \_\_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

*Il Responsabile dell'istruttoria*

*Il Responsabile del Settore*

**VISTO** l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrando i livelli essenziali di assistenza sanitaria già definiti con DPCM del 29 novembre 2001 con apposite linee-guida, di cui alla lettera b) del suddetto accordo;

**VISTO** il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;

**VISTO** l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002 con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sul documento di indicazioni per l'attuazione dell'accordo del 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;

**VISTA** l'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 23 marzo 2005, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, (repertorio atti n. 2271), pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;

**VISTO** l'articolo 1, comma 279 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale stabilisce che lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004 e, a tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2006;

**VISTO** l'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale subordina l'accesso al concorso delle somme di cui al suddetto comma 279, tra gli altri alla stipula di una intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che preveda la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, da allegare alla medesima intesa e che contempli:

a) l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, per le quali sono fissati nel termine di novanta giorni dalla stipula dell'intesa, nel rispetto della normativa regionale in materia, i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni;

b) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi di attesa di cui alla lettera a), nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati,

entro novanta giorni dalla stipula dell'intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

c) fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il recepimento, da parte delle unità sanitarie locali, dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale in materia, nonché in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per le prestazioni di cui all'elenco previsto dalla lettera a), con l'indicazione delle strutture pubbliche e private accreditate presso le quali tali tempi sono assicurati nonché delle misure previste in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente;

d) la determinazione della quota minima delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano sanitario nazionale di riduzione delle liste di attesa, ivi compresa la realizzazione da parte delle regioni del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;

e) l'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

f) la previsione che, a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

**VISTO** l'articolo 1, comma 282 della suddetta legge n. 266/2005 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione periodica al Ministero della Salute;

**VISTO** l'articolo 1, comma 283 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, che prevede l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale; che ha altresì affidato alla suddetta Commissione il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal successivo comma 284;

**VISTO** l'articolo 1, comma 284 della citata legge n. 266/2005 che ha stabilito le sanzioni amministrative, da applicarsi da parte delle Regioni e province autonome, sulla base dei criteri fissati dalla anzidetta Commissione nazionale ai responsabili del divieto stabilito dal comma 282 del

medesimo articolo 1 di “agende chiuse”, nonché delle violazioni dell’obbligo di cui all’articolo 3, comma 8 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, delle aziende sanitarie locali, dei presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri;

**CONSIDERATO** che la sopra richiamata intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 all’articolo 1 prevede che, per il triennio 2005 - 2007, le Regioni e le Province autonome assolvono agli adempimenti previsti dalla normativa vigente e agli altri adempimenti previsti dalla stessa intesa, tra cui è espressamente previsto il richiamo all’articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, che prevede iniziative in materia di liste di attesa, nella prospettiva dell’eliminazione o del significativo contenimento;

**CONSIDERATO**, inoltre, che la sopra richiamata intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 all’articolo 9 ha previsto l’istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell’utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;

**CONSIDERATO** infine che l’anzidetta intesa Stato Regioni, all’articolo 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall’articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, prevede l’istituzione presso il Ministero dell’economia e delle finanze Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvale delle risultanze del Comitato di cui all’art. 9 della stessa intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti;

**VISTA** la DGR n. 1420 del 3 novembre 2004 recante “Indicazioni regionali sulle modalità e priorità d’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e in regime di ricovero e sui tempi massimi d’attesa. Recepimento dell’ Accordo Stato-Regioni dell’11 luglio 2002 e del DPCM del 16 aprile 2002;

**VISTA** la DGR n.108 del 9 febbraio 2007 recante “Preso d’atto dell’attività svolta per la corretta applicazione delle indicazioni regionali sulle modalità e priorità d’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e in regime di ricovero e sui tempi massimi d’attesa, secondo la DGR n. 1420 del 3 novembre 2004 in recepimento dell’ Accordo Stato-Regioni dell’11 luglio 2002 e del DPCM del 16 aprile 2002. Presa d’atto e approvazione del “Piano sperimentale operativo per la riduzione dei tempi d’attesa e il miglioramento dell’appropriatezza della domanda delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.”;

**VISTA** l’intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, che stabilisce che le regioni adottino, entro novanta giorni dall’adozione della suddetta intesa, un Piano Regionale Attuativo di Contenimento dei Tempi di Attesa.;

**SU PROPOSTA** dell’Assessore Regionale alla Sanità

## **DELIBERA**

- di adottare il Piano regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa, di cui all'Allegato documento, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di adottare le Linee Guida di cui agli Allegati 2 e 3 del documento contenente il Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa;
- di disporre che l' Azienda Sanitaria Regionale del Molise adotti il proprio Piano Aziendale Attuativo entro novanta giorni dall'approvazione di quello regionale;
- di disporre che le Aziende Sanitaria Regionale del Molise e le strutture pubbliche e private accreditate in accordo contrattuale adottino, entro novanta giorni dalla adozione del presente Piano Attuativo Regionale, le Linee guida di cui agli Allegati 2 e 3 con atti regolamentari da trasmettere alla Direzione generale V - Assessorato alla Sanità;
- di adeguare il flusso informativo regionale al fine di garantire le attività di monitoraggio previste;
- di destinare la quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano, riservando una parte degli importi al miglioramento dell'efficienza del sistema regionale esistente del Centro Unico di Prenotazione (CUP);
- di stabilire che l'attuazione dell'intero programma di utilizzo di tale quota è subordinata all'iscrizione della somma medesima nel bilancio regionale;

***REGIONE MOLISE***

*allegato*

**Direzione Generale V – Politiche Sanitarie**

**Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari**

**PIANO REGIONALE  
PER IL CONTENIMENTO DEI  
TEMPI DI ATTESA**

**6 marzo 2007**

# **PIANO REGIONALE DI CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA**

## **PREMESSA**

Il fenomeno delle *liste d'attesa* rappresenta un problema per ogni servizio sanitario capace di offrire un livello d'assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato.

La sua complessità, per l'impatto che determina sia sull'organizzazione del SSR sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni garantite dai LEA, richiede un notevole impegno nel cercare e trovare le soluzioni più efficaci per la gestione delle liste d'attesa. E' necessaria quindi la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici ed univoche, bensì azioni complesse ed articolate che coinvolgono tutti gli attori del sistema, da quelli operanti sul sistema dell'offerta, a quelli del versante prescrittivo, a quelli di tutela del cittadino.

Non si può ritenere, dunque, di giungere ad una composizione del problema attraverso una semplice scelta di tipo quantitativo che agisca solo sull'ampliamento dell'offerta e sull'aumento dei volumi di produzione, ma si deve ricorrere anche ad attente strategie di governo e gestione della domanda, il tutto in un corretto equilibrio con il legittimo diritto del cittadino di ottenere risposte adeguate da un sistema che deve tener conto sia dell'appropriatezza sia di criteri di priorità nell'erogazione della prestazione richiesta.

Con tali motivazioni e in coerenza con il Piano Nazionale viene elaborato il Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa.

## **DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO E RIFERIMENTI NORMATIVI**

Sulla base dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2006/08, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23/12/2005 n.266, la Regione Molise ha assunto l'impegno alla predisposizione di un Piano Regionale Attuativo che garantisca i seguenti aspetti:

- Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del S.S.N., anche attraverso criteri di priorità nell'accesso;
- Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM), in considerazione sia delle reali necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata e ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività socio-sanitarie;
- Gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare, in modo ottimale, il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione;

- Garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva;
- Velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami diagnostici e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio;
- Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione;
- Fissare i tempi massimi regionali per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006;
- Promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa come diritto fondamentale del cittadino e risorsa strategica per l'ASREM per il miglioramento della qualità del servizio;
- Valorizzare la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato, per favorire la conoscenza e la fidelizzazione dei cittadini alle strutture sanitarie operanti sul territorio;
- Prevedere le disposizioni in materia di divieto di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni e regolare i casi di sospensione dell'erogazione delle prestazioni per motivi tecnici;
- Elaborare e promuovere l'adozione di linee-guida e percorsi diagnostico-terapeutici per ottenere il miglioramento della qualità prescrittiva e ridurre l'inappropriatezza dei ricorsi alle prestazioni specialistiche.

Sulla base delle linee e degli obiettivi esposti si è ritenuto pertanto di predisporre il Piano Regionale di Contenimento dei Tempi d'Attesa sviluppando le aree di contenuto presenti nel Piano Nazionale, così come previsto nell'Accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006, accogliendone le indicazioni e le linee operative, che sono state considerate sicuramente appropriate, sostenibili e congrue con le linee programmatiche già adottate dalla Regione su tale materia.

L'ASREM dovrà adottare entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano Regionale un proprio Programma Attuativo Aziendale di recepimento e attuazione dello stesso.

### **ATTUALE ORGANIZZAZIONE E ATTI GIA' ADOTTATI**

Anche a miglior definizione del nuovo Piano Regionale di Contenimento dei Tempi d'Attesa, va in ogni caso ricordato che la Regione Molise ha da tempo adottato atti e avviato attività volti ad affrontare il problema delle liste d'attesa.

In particolare si fa riferimento alla DGR del 3 novembre 2004, n.1420 recante "Indicazioni regionali sulle modalità e priorità d'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e in regime

di ricovero e sui tempi massimi d'attesa. Recepimento dell' Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e del DPCM del 16 aprile 2002”.

Con tale atto la Regione Molise ha avviato l'introduzione sperimentale dei criteri di priorità nelle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri, fissato tempi massimi d'attesa per alcune prestazioni critiche, avviato l'adeguamento dei programmi informativi del CUP regionale alle nuove esigenze, richiesta l'adozione delle Agende di Prenotazione di Ricovero alle strutture ospedaliere, individuato nell' Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari (ORQSS) l'organismo referente e di coordinamento sulla materia dei tempi d'attesa.

A partire dal 2002, la Regione, tramite l'ORQSS, è presente nel gruppo tecnico costituitosi presso l' Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) per il monitoraggio nazionale dei tempi d'attesa e ha partecipato attivamente alla sperimentazione prima e all'attuazione poi delle rilevazioni periodiche secondo il criterio “ex ante” delle prestazioni cosiddette critiche.

## **Il Sistema Regionale Unico Di Prenotazione**

### ***Il CUP Regionale***

Dal 2000, dopo un periodo di sperimentazione, la Regione Molise ha attivato un sistema unificato di prenotazione (CUP), al fine di semplificare e velocizzare le prenotazioni per prime visite, esami diagnostici e controlli, con la possibilità di conoscere anche i relativi tempi di attesa.

Il servizio CUP è articolato in numerose postazioni, distribuite su tutto l'ambito regionale, situate presso ospedali, poliambulatori, farmacie, studi medici e funziona in fasce orarie variabili nelle varie postazioni.

L'attuale CUP regionale tuttavia è ancora organizzato secondo un sistema di possibilità di prenotazione della Zona Territoriale di riferimento e non permette la prenotazione di prestazioni in strutture sanitarie non operanti sul territorio della zona di riferimento.

Per l'attuazione del presente Piano si rende dunque necessaria una implementazione del sistema CUP che si può riassumere nei seguenti punti:

- Attivazione procedura di assenso/diniego per il trattamento dei dati anagrafici al momento della prenotazione di prestazioni specialistiche presso gli sportelli autorizzati;
- Attivazione delle funzioni di prenotazione impegnative su tutto il territorio regionale;
- Visualizzazione delle prime date utili per accedere all'erogazione delle prestazioni su tutto il territorio regionale;
- Attivazione della possibilità di scelta di un orario al momento della prenotazione, compatibilmente con le disponibilità e la saturazione della lista del giorno;

- Controllo dell'unicità del codice ricetta immesso nel sistema su tutto il territorio regionale.

Il CUP regionale e il Sistema Informativo Sanitario Regionale dovranno essere adeguati e integrati tenendo conto di tutte le indicazioni sugli accessi alle prestazioni sanitarie contenute nel presente Piano.

### *Il Call Center Sanitario*

Recentemente i sistemi di prenotazione telefonici, in funzione presso le singole Zone Territoriali della ASREM, sono stati sostituiti da un numero verde unico, collegato al CUP regionale, che consente a tutti i cittadini della regione di prenotare telefonicamente le prestazioni prescritte, salvo poi perfezionare la procedura presso gli sportelli per il pagamento del ticket .

Dal gennaio 2007 è dunque attivo un Contact Center Sanitario che affianca il CUP regionale nel sistema delle prenotazioni per tutto il territorio regionale.

IL Contact Center Sanitario a livello regionale ha tra le sue finalità:

- L'aumento del livello di soddisfazione dei cittadini, grazie al miglioramento sia della qualità percepita nei confronti del servizio, che la qualità del rapporto;
- Un tentativo di razionalizzazione dei costi, grazie all'affiancamento dei tradizionali operatori di sportello distribuiti sul territorio con il contact center centralizzato con un numero verde unico;
- L'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e dei servizi offerti dalle strutture del SSR.

La facilitazione e la semplificazione dell'accesso della popolazione alle prestazioni ambulatoriali potrà comportare una riduzione dei disagi connessi con gli spostamenti e determinare un miglioramento della qualità percepita dagli utenti e un auspicabile incremento della domanda ai servizi sanitari regionali sia da parte dei residenti in Regione (diminuzione della mobilità passiva ) sia da parte degli utenti residenti nelle Regioni limitrofe (incremento della mobilità attiva).

### **TEMPI MASSIMI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ED OSPEDALIERE**

Nel Piano Nazionale sancito dall'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006 sono state individuate prestazioni critiche per tempi di erogazione e/o per particolare impatto sulla salute dei Cittadini e sulla qualità dei servizi, partendo dalle diverse esperienze di monitoraggio dei tempi d'attesa eseguite dalle Regioni con il coordinamento della ASSR, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 14 Febbraio 2002, del DPCM 16 aprile 2002 e dell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002.

Annualmente l'elenco delle prestazioni sarà sottoposto a revisione, previa Intesa tra Governo e Regioni ai sensi dell'art.8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131.

L'elenco comprende prestazioni individuate:

- a) in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso in tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);
- b) nelle prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda di assistenza;
- c) in settori caratterizzati da alta complessità tecnologica, alto costo delle prestazioni ed elevata frequenza di richieste inappropriate;
- d) in ambiti con forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà.

L'elenco delle prestazioni ambulatoriali, in regime di ricovero ordinario, di day hospital/day surgery sono state suddivise nelle seguenti aree:

- A. Area Oncologica
- B. Area Cardiovascolare
- C. Area Materno-Infantile
- D. Area Geriatria
- E. Visite Specialistiche di maggiore impatto
- F. Altre Prestazioni

Nel Piano Nazionale sono elencate delle prestazioni evidenziate in grigio per le quali è stata data l'opportunità alle Regioni di rinviare l'inserimento nei Piani Regionali a dopo la conclusione di una attività di Monitoraggio dei tempi d'attesa e dei tassi d'accesso che permetterà di meglio definire le criticità del sistema di offerta, anche in considerazione del fatto che molte risultano essere ad alto rischio di inappropriatezza.

Per tale ragione nel presente Piano si riportano nell'elenco dell'allegato 1 quelle prestazioni per cui la Regione Molise fissa, al momento della adozione dell'atto, i tempi massimi di attesa consentiti per l'erogazione da parte delle strutture sanitarie regionali.

A tali tempi massimi la ASREM dovrà fare riferimento al momento della formulazione, entro 90 giorni, del Piano Attuativo Aziendale.

Con successivo atto regionale verranno integrate le prestazioni cosiddette "grigie".

Per i tempi massimi d'attesa si ritiene, in fase di prima adozione del Piano Regionale, di fare riferimento agli standard nazionali già previsti nell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e recepiti con DGR del 3 novembre 2004, n.1420.

Tali standard prevedono che gli accessi per le prestazioni ambulatoriali diffuse e ad elevato tasso di richiesta siano garantiti entro 30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni diagnostiche. Per le visite specialistiche oncologiche si determina il limite di 15 giorni di massimo tempo d'attesa.

Sulla base delle stesse indicazioni si individua il valore soglia dell'90% come indicatore da soddisfare affinché almeno l'90% dei cittadini/utenti ottenga la prenotazione in un tempo uguale o inferiore al tempo massimo d'attesa previsto.

L'ambito di applicazione delle presenti direttive si riferisce al primo accesso dei cittadini (prima visita) alle prestazioni ambulatoriali erogate nelle strutture sanitarie, con esclusione delle prestazioni di stretta emergenza/urgenza clinica, perché oggetto di specifiche modalità organizzative e di quelle che consistono in controlli programmati a distanza o esami di screening di massa soggetti a specifiche cadenze temporali.

Sono altresì escluse le prestazioni per le quali l'utente rifiuti di accedere alla prima struttura disponibile e scelga di esercitare una opzione personale per la sede di erogazione.

Nella fase di prima applicazione del presente Piano la ASREM nel proprio piano attuativo dovrà prevedere la sperimentazione semestrale limitata ad un ambito zonale o territoriale dell'applicazione delle modalità d'accesso secondo criteri di priorità in rapporto alla gravità e della patologia per cui è richiesta la prestazione. Dopo la valutazione di tale fase sperimentale si provvederà ad adottare universalmente tale modalità di accesso.

I criteri per l'identificazione delle classi di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono riportate in tabella:

<b>CLASSE DI PRIORITA' PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b>	<b>INDICAZIONI</b>
<b>CLASSE A</b> DA INDICARE SUL RICETTARIO SEGNANDO LA <b>LETTERA B</b> (BREVE TERMINE)	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un arco di tempo breve, la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
<b>CLASSE B</b> DA INDICARE SUL RICETTARIO SEGNANDO LA <b>LETTERA D</b> (DIFFERIBILE)	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
<b>CLASSE C</b> DA INDICARE SUL RICETTARIO SEGNANDO LA <b>LETTERA P</b> (PROGRAMMATA)	Prestazione che può essere programmata in un maggior arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

Dopo l'applicazione delle modalità di accesso secondo i criteri di priorità si adotteranno i seguenti indicatori e soglie:

- Classe A: 90% delle prestazioni erogate entro 10 giorni dalla richiesta

- Classe B: 80% delle prestazioni erogate entro 30 giorni (visite specialistiche) o 60 giorni (prestazioni strumentali)
- Classe C: 100% delle prestazioni erogate entro 180 giorni

Per quanto attiene i ricoveri ospedalieri ( vedi allegato 1) si è ritenuto utile concentrare le iniziative di miglioramento dei tempi d'attesa su alcune prestazioni di ricovero che, per la loro rilevanza clinica e sociale, sono particolarmente sentite, restando anche in linea con quanto previsto nell' Accordo Stato-Regioni dell' 11 luglio 2002 e già recepito con la DGR del 3 novembre 2004, n.1420.

Rispetto a quanto già previsto, si è ritenuto nel Piano Nazionale di modificare parzialmente i parametri, riducendo ulteriormente i tempi massimi previsti secondo le seguenti indicazioni con i relativi indicatori e soglie:

- Intervento chirurgico per cancro della mammella: entro 30 giorni per il 100% dei pazienti;
- Intervento chirurgico per cancro del colon-retto: entro 30 giorni per il 100% dei pazienti;
- Intervento per protesi d'anca: entro 90 giorni per il 50 % dei pazienti ed entro 180 giorni per il 90% dei pazienti;
- Coronarografia: entro 60 giorni per il 50% dei pazienti e 180 giorni per il 100% dei pazienti.

Anche per i ricoveri ospedalieri si ritiene di confermare l'adozione dei criteri di priorità in relazione alla gravità della patologia del paziente secondo lo schema seguente:

<b>CLASSI DI PRIORITA' PER RICOVERO</b>	<b>INDICAZIONI</b>
CLASSE 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.
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 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 tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE 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.

## **GESTIONE E CONTROLLO DELLA DOMANDA**

Come già esposto, la Regione Molise intende adottare progressivamente il modello dei criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni sanitarie come strumento di gestione della domanda. La ASREM dovrà dunque applicare ed estendere a tutte le prenotazioni di prestazioni specialistiche e alle richieste di ricovero ospedaliero la differenziazione secondo i livelli di priorità.

In materia di controllo della domanda rimane assolutamente centrale il tema dell'appropriatezza delle prescrizioni, registrandosi troppo spesso un eccessivo ricorso a prestazioni diagnostiche prevalentemente strumentali ad elevata tecnologia e ad alto costo che non rispondono ai criteri previsti dalle linee guida che hanno ottenuto validazione scientifica.

Per tale motivo la Regione si impegna a promuovere l'adozione ufficiale di linee-guida per i percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi che dovranno garantire il paziente attraverso la presa in carico, l'integrazione tra i diversi specialisti interessati, la continuità degli interventi e l'uso ottimale e razionale delle risorse disponibili.

L'ORQSS, con la collaborazione della ASREM, si farà carico di organizzare gruppi tecnici di lavoro con il coinvolgimento dei rappresentanti regionali di Società Medico-Scientifiche Nazionali, medici specialisti di riconosciuta esperienza, Medici di Medicina Generale, per la elaborazione di linee guida regionali per le patologie più diffuse e di maggior impatto nel rispetto dei criteri di efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza e in base a linee guida scientifiche nazionali ed internazionali accreditate e validate in materia.

L'obiettivo dovrà essere quello di fornire ai pazienti un'assistenza efficace nella più rapida (in termini temporali) e lineare (in termini logistici) sequenza del percorso assistenziale.

Prioritariamente dovrà essere posta attenzione al paziente oncologico o con sospetta neoplasia a cui andrà garantito un iter diagnostico per il quale tutti gli esami necessari per la diagnosi oncologica e per la successiva terapia dovranno assolutamente essere garantiti entro i tempi massimi d'attesa.

In tali casi lo standard normativo prevede la conclusione dell'iter diagnostico entro 4 settimane dal primo accesso del paziente con le strutture sanitarie con il conseguimento di una diagnosi definitiva, compresa la stadiazione della malattia con la consegna del referto istologico entro 15 giorni.

## **RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA**

Nelle rilevazioni effettuate dall'ORQSS è emersa la presenza ancora diffusa di agende di prenotazione gestite direttamente dai Servizi. Anche nel caso della libera professione intra-muraria è sistematica la gestione diretta delle agende da parte dei singoli medici professionisti, rendendo impossibile una

attività di controllo su tale attività per la rilevazione delle fasce orarie di apertura degli ambulatori, delle prestazioni prenotate ed effettuate, anche al fine di comparare i volumi di attività erogata in regime istituzionale.

Per tali motivazioni l'attività libero professionale intra-muraria e la cosiddetta libera professione "allargata" svolta presso studi privati dovrà essere prenotata attraverso agende di prenotazione specifiche del CUP.

Nell'ottica della integrazione delle strutture private accreditate nel sistema dell'offerta pubblica, emerge la necessità di dare contenuto e nuovo significato al concetto di tetto di spesa. Il criterio ragioneristico del tetto di spesa ha rappresentato l'unico riferimento che ha regolato l'attività delle strutture private accreditate per erogare prestazioni per conto e a carico del SSR. Ora nell'ottica di un sistema flessibile e tenendo conto del principio ispiratore del Piano Nazionale di contenimento dei Tempi d'Attesa, che pone al centro l'esigenza del cittadino di ottenere le prestazioni richieste entro tempi certi, risulta indispensabile includere le strutture sanitarie private accreditate nella programmazione aziendale e regionale. La Regione e la ASREM, sulla base dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento e delle criticità che vengono individuate in relazione ai tempi massimi d'attesa, dovranno quindi definire negli accordi contrattuali la quantità di prestazioni che effettivamente servono al pubblico per singola tipologia, rimodulando annualmente l'offerta sanitaria.

Per tali motivazioni, al fine di rendere pienamente integrata nel sistema aziendale l'offerta di prestazioni erogate per conto e a carico del SSR, anche l'attività di specialistica ambulatoriale erogata presso gli ambulatori delle strutture e dei professionisti privati accreditati dovrà essere prenotata attraverso il CUP regionale.

Tra le procedure finalizzate al miglioramento della qualità nella gestione dell'offerta sanitaria la ASREM, con la collaborazione del servizio CUP regionale, dovrà provvedere ad esercitare la cosiddetta "pulizie delle liste" e cioè la revisione periodica delle liste d'attesa mediante contatto telefonico con il cittadino per la conferma dell'appuntamento, in particolare per quelle prestazioni maggiormente critiche per i tempi di erogazione.

Sempre nell'ambito dell'offerta sarà indispensabile che al momento della prenotazione venga prospettato all'utente il tempo d'attesa più breve in ambito zonale territoriale per la prestazione richiesta e che solo successivamente venga presa in considerazione la libera e legittima scelta espressa dal cittadino in merito allo specialista e alla struttura sanitaria dove desidera ottenere la prestazione.

Per tale motivo sarà necessario che il sistema informativo del CUP, attraverso il sistema informatico, evidenzi:

- il momento della prescrizione;
- il momento della prenotazione;
- il tempo prospettato al cittadino/utente come il più breve possibile in ambito zonale;
- il tempo prescelto dall'utente;
- il momento dell'erogazione della prestazione.

Con il monitoraggio ufficiale periodico, rilevato con metodica ex-ante, il tempo d'attesa valutato sarà necessariamente il tempo prospettato al cittadino/utente come il più breve possibile in ambito territoriale zonale.

### **GESTIONE DELL'OFFERTA**

In caso di superamento dei tempi massimi d'attesa stabiliti con il presente Piano e con i futuri atti integrativi adottati, la ASREM dovrà procedere ad adottare tutti i provvedimenti necessari a garantire i diritti del cittadino.

Dovranno pertanto essere eseguiti da parte della ASREM:

- Una valutazione sistematica delle criticità presenti nell'organizzazione che eroga ogni prestazione che supera i tempi massimi d'attesa;
- Una razionalizzazione ed una riorganizzazione dei servizi per un miglioramento della qualità e del volume di prestazioni, eventualmente ricorrendo ad un aumento dei giorni di erogazione anche nei prefestivi e festivi, prevedendo contratti specifici all'uopo;
- Una analisi ed il controllo della corretta applicazione della libera professione intramuraria;
- Una analisi e il controllo delle criticità emergenti per eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- Una valutazione e la verifica delle motivazioni per i fenomeni di rifiuto del cittadino ad accettare la prenotazione per l'erogazione della prestazioni da parte di particolari strutture e/o professionisti.

La Direzione Aziendale della ASREM dovrà impegnarsi a monitorare e valutare le prestazioni erogate dai professionisti in regime istituzionale e di libera professione intramuraria secondo quanto riportato nel capitolo dei Monitoraggi.

### **ADEMPIMENTI DELLA ASREM E PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE**

Entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa, la ASREM dovrà adottare un Programma Attuativo Aziendale. Tale Programma dovrà essere verificato e certificato circa la coerenza con gli indirizzi regionali dalla Direzione Regionale Sanità, previo parere tecnico dell'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari.

Il Programma Attuativo Aziendale dovrà provvedere a recepire gli standard regionali sui tempi massimi d'attesa per le prestazioni sanitarie previsti dal Piano Regionale, integrando eventuali ulteriori provvedimenti successivamente adottati in materia dalla Regione. Dovranno essere inoltre recepite e adottate con il Programma Aziendale le indicazioni contenute nelle Linee Guida approvate in allegato con il presente Piano.

Nel Programma Attuativo Aziendale dovranno essere definite e sviluppate le politiche complessive di intervento da parte della ASREM per il contenimento dei Tempi d'Attesa, considerando gli obiettivi, gli indirizzi e le linee operative tracciate nel Piano Regionale.

In particolare, la ASREM, sentite le organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza medica e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori, nel Programma Attuativo Aziendale dovrà definire le misure previste, in caso di superamento dei tempi stabiliti, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente.

Il Programma dovrà individuare nel territorio regionale le strutture pubbliche o private accreditate attraverso le quali si garantisce l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi stabiliti. Tali strutture dovranno essere individuate secondo criteri di complessità della prestazione e di localizzazione. In particolare:

- Le prestazioni di base, caratterizzate da una elevata domanda e da bassa o media complessità tecnologica e specialistica, dovranno essere garantite su base distrettuale o zonale territoriale;
- Le prestazioni di alta specialità, caratterizzate da ridotta domanda ed elevata complessità tecnologica e specialistica, dovranno essere garantite in ambito regionale o, solo in caso di indisponibilità dei servizi eroganti le prestazioni di elevata specialità sul territorio regionale, mediante accordi contrattuali con strutture sanitarie extra regionali.

Nel Programma Attuativo Aziendale, la Direzione della ASREM, sentite le organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza medica, tra le misure previste potrà studiare meccanismi di incentivazione per gli operatori coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi indicati.

Dovranno inoltre essere previsti sistemi di garanzia per i cittadini nel caso in cui, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, si verifichino le seguenti situazioni:

- Prenotazione oltre i tempi massimi previsti: in tal caso il cittadino avrà diritto ad effettuare la prestazione, anche di bassa o media complessità, presso strutture pubbliche in regime di libera professione intramuraria o presso strutture private accreditate, senza alcun onere aggiuntivo a carico degli assistiti. In tal caso e a tale scopo, ove il cittadino intenda avvalersi di tale opportunità, il servizio CUP si farà carico di dare una corretta informazione sui professionisti e sulle strutture potenzialmente utilizzabili. Nell'eventualità la prestazione non fosse prenotabile attraverso il sistema CUP tale servizio rilascerà un apposito attestato che dichiara l'impossibilità di prenotare in ambito zonale (prestazioni di base) o regionale (prestazioni di alta specialità) la prestazione richiesta entro i tempi massimi stabiliti e il cittadino potrà effettuare personalmente la prenotazione. Con tale attestato e presentando la ricevuta/fattura relativa alla prestazione eseguita, il cittadino potrà recarsi successivamente

presso la cassa riscossione ticket della propria zona di residenza e avrà diritto al rimborso della quota pari alla compartecipazione alla spesa prevista per la prestazione richiesta.

- Mancata erogazione nel giorno stabilito della prestazione prenotata: la ASREM e le strutture private accreditate dovranno prevedere misure di presa in carico del paziente con percorsi alternativi per l'esecuzione della prestazione sanitaria prenotata. Nel caso il cittadino sia stato tempestivamente informato della impossibilità a garantire la prestazione nel giorno già stabilito, potrà essere riprenotato, ma in caso di superamento dei tempi massimi previsti avrà diritto allo stesso risarcimento del caso precedente.

### **REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

Ai sensi della legge 266/2005, art.1, comma 282, è fatto espresso divieto di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie, tranne che per motivi tecnici.

Al fine di provvedere alla disciplina di regolamentazione dei casi di possibile sospensione dell'erogazione delle prestazioni per motivi tecnici, la Regione Molise ritiene di adottare il documento prodotto dal Progetto Mattone "Tempi d'Attesa" sulle "Linee guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni", che viene riportato all'allegato 2 del presente Piano Regionale.

Secondo tale documento la ASREM dovrà inviare all'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, organismo di riferimento e coordinamento regionale per i Tempi d'Attesa, un report semestrale su ogni sospensione avvenuta, per permettere la comunicazione semestrale al Ministero della Salute secondo quanto disposto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 aprile 2002.

### **AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI**

Si fa obbligo a tutti i presidi di ricovero ospedaliero regionali, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'art. 3, comma 8, della legge n. 724/1994 sui registri delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e dei ricoveri ospedalieri, di utilizzare le *Agende di Prenotazione dei Ricoveri* nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Progetto Mattone "Tempi d'Attesa" sulle "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" che viene riportato nel presente atto all'allegato 3.

Le Linee Guida citate dovranno essere recepite entro 90 giorni dalla ASREM con l'adozione del Piano Attuativo Aziendale e dalle strutture sanitarie di ricovero pubbliche e private accreditate.

## **INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE AI CITTADINI**

E' compito della ASREM garantire una corretta informazione ai cittadini/utenti in materia di accesso alle prestazioni sanitarie e di tempi di attesa per la loro erogazione.

Nel Piano Attuativo Aziendale dovranno essere previsti modalità e strumenti di corretta informazione ed efficace comunicazione, attraverso il periodico aggiornamento della carta dei servizi e del sito web aziendale, con il coinvolgimento degli URP zonali e promuovendo iniziative periodiche volte alla rilevazione del grado di soddisfazione percepita della qualità dei servizi sanitari regionali.

Le informazioni dovranno essere esaustive circa:

- I tempi massimi d'attesa delle prestazioni previste dal presente Piano e dalle sue successive integrazioni;
- L'organizzazione e l'articolazione delle prestazioni sulla base delle priorità cliniche e i relativi tempi d'attesa;
- I report periodici semestrali del monitoraggio dei tempi d'attesa con le percentuali di prestazioni erogate secondo i tempi massimi previsti e i tempi medi;
- La sospensione dell'erogazione di prestazioni entro 24 ore dal verificarsi con la motivazione;
- Il corretto utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini/utenti;
- Tutte le modalità di accesso e prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- Le modalità di accesso alla libera professione intramuraria;
- La necessità e l'importanza della disdetta da parte del cittadino/utente di impossibilità o non volontà di usufruire della prestazione prenotata;
- Tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate in cui vengono garantiti i tempi massimi d'attesa.

La carta dei servizi e tutto il materiale informativo dovrà avere una capillare distribuzione anche presso strutture di abituale accesso dei cittadini come farmacie, ambulatori medici, case comunali.

Nella prospettiva di elaborazione di un corretto piano di comunicazione dovranno essere istituiti tavoli di confronto con organizzazioni sindacali e rappresentanti di associazioni di tutela del diritto alla salute dei cittadini e l'approvazione del piano dovrà essere preceduta dall'acquisizione del parere consultivo delle suddette categorie.

## **ATTIVITA' DI MONITORAGGIO**

Secondo quelle che sono le indicazioni contenute nel Piano Nazionale dovranno essere eseguite le seguenti attività di monitoraggio:

### ***Monitoraggio di Sistema***

Tale attività deve poter monitorare l'attuazione della corretta erogazione delle prestazioni e, a tal fine, il flusso informativo nell'ambito del sistema Informativo Sanitario deve permettere una rilevazione in grado di differenziare le prenotazioni delle prestazioni in funzione della classe di priorità assegnata e dell'urgenza.

In attesa delle future evoluzioni dei sistemi informativi con rilevazioni sistematiche in continuo dei tempi di attesa, il monitoraggio si baserà su rilevazioni trimestrali con metodica *ex-ante* in un periodo indice stabilito di volta in volta a livello nazionale. In una prima fase il periodo indice farà riferimento ad una sola giornata e successivamente sarà settimanale.

Le prestazioni ambulatoriali da monitorare, sulla base della esperienza consolidata nei monitoraggi nazionali sinora sperimentati, saranno:

1. Ecografia dell'addome
2. Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici
3. Esofagogastroduodenoscopia
4. RMN della colonna vertebrale
5. RMN cerebrale
6. TAC cerebrale
7. TAC dell'addome
8. Visita cardiologica
9. Visita oculistica
10. Visita ortopedica

Successivamente il numero di prestazioni da monitorare verrà incrementato secondo un protocollo definito in collaborazione con l'ASSR e integrato nel presente atto.

Saranno oggetto di monitoraggio e valutazione per i tempi d'attesa, così come già esposto, le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema sanitario relativamente allo specifico problema di salute posto e le prestazioni urgenti differibili.

Sono quindi escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni urgenti non differibili (che devono trovare risposta entro poche ore), le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese ai pazienti a cui è

già stato fatto un inquadramento diagnostico e che necessitano di approfondimento), i controlli successivi, le prestazioni di screening.

Per quanto attiene alla rappresentazione dei monitoraggi, si utilizzeranno le metodologie già validate dal Gruppo Tecnico istituito presso l'ASSR e che già sono state già sperimentate dall' ORQSS quale organismo referente per i Tempi d' Attesa nella Regione Molise.

I risultati dei monitoraggi saranno validati dal Comitato ex-art. 9 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per gli standard, gli indicatori e le soglie di riferimento per la valutazione dei risultati dei monitoraggi effettuati sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali si richiama quanto già riportato in precedenza nel paragrafo relativo ai Tempi Massimi d' Attesa.

In relazione alla metodologia adottata, si specifica che entro il 31 dicembre di ogni anno, sulla base delle indicazioni pervenute dall'ASSR, sentita la Commissione Nazionale sull'Appropriatezza, verranno rivisti i valori soglia di ciascuna classe di priorità delle prestazioni oggetto di monitoraggio, sulla scorta di evidenze relative all'appropriatezza degli accessi rilevate attraverso le esperienze man mano acquisite, al fine di garantire un'offerta ottimale rispetto ai reali bisogni di salute ed evitare spreco di risorse e contenziosi ingiustificati.

Per quanto attiene ai ricoveri, ribadita l'obbligatorietà dell'uso delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri da parte di tutte le strutture sanitarie di ricovero pubbliche e private accreditate regionali, secondo le relative e allegate Linee Guida, le rilevazioni saranno effettuate con cadenze e procedure di volta in volta comunicate dall'ORQSS e concordate a livello centrale con l'ASSR, in linea con le sperimentazioni già attuate in precedenza.

Al fine di facilitare la raccolta delle informazioni relative ai tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri, si dispone la modifica obbligatoria della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) con l'inserimento di due nuovi campi: data di prenotazione e classe di priorità.

Per gli standard, gli indicatori, le soglie di riferimento per la valutazione dei risultati dei monitoraggi effettuati sui ricoveri ospedalieri si richiama quanto già riportato in precedenza nel paragrafo relativo ai Tempi Massimi d' Attesa.

### *Monitoraggio Specifico*

Da parte del Sistema Informativo Sanitario Regionale dovrà essere garantito un flusso informativo relativo alla raccolta trimestrale di dati sulle prestazioni sanitarie oggetto del presente Piano, erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali. In tale flusso informativo dovranno essere contenuti i dati per la rilevazione, per singola prestazione, del numero delle prestazioni erogate e dei relativi tempi di attesa, nonché la percentuale di prestazioni effettuate con un tempo di attesa superiore al massimo stabilito.

A regime, l'adeguamento dei flussi informativi specifici dovrà consentire alla Regione e alla ASReM di dare informazioni in tempi limitati sull'andamento del sistema, permettendo di conoscere, per ogni prestazione resa, informazioni dettagliate per:

- Verificare sia la prescrizione , che la prenotazione, che la erogazione delle prestazioni effettuate, riconducendole al medico prescrittore, al cittadino che le riceve, alla struttura che le eroga;

- Monitorare tutti gli aspetti di tipo quantitativo, come i volumi di attività, la tipologia delle prestazioni richieste e la spesa generata, e aspetti di tipo organizzativo e gestionale, come i tempi d'attesa e la tipologia di attività effettuata;
- Valutare gli aspetti correlati alle variazioni della domanda espressa di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

### ***Monitoraggio delle sospensioni di attività di prenotazione***

Come già ribadito in precedenza, in attuazione del comma 282 dell'art. 1 della Legge Finanziaria 2006, si formalizza il divieto, per la ASREM e le strutture private accreditate della Regione, di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie, di cui al DPCM del 29 novembre 2001. Eventuali sospensioni per motivazioni tecniche delle attività di erogazione delle prestazioni verranno gestite secondo quanto contenuto nelle Linee Guida dell'ASSR allegate.

Il SIS regionale dovrà prevedere un flusso informativo specifico che consenta la trasmissione dell'elenco delle sedi che hanno interrotto l'erogazione delle prestazioni all'ORQSS, con cadenza semestrale, per permetterne la successiva trasmissione al Ministero della Salute secondo quanto disposto dal DPCM del 16 aprile 2002.

### ***Monitoraggio delle prestazioni erogate in regime di "libera professione intramuraria"***

Tutte le prestazioni svolte in regime di libera attività intramuraria dovranno essere prenotate attraverso il CUP regionale, per consentire il calcolo dei volumi di prestazioni erogate con questa modalità ed i relativi tempi di attesa. La ASREM comunicherà semestralmente alla Regione i dati relativi ai volumi di attività sia istituzionale che in regime di libera professione intramuraria per ciascuna prestazione e ciascun professionista.

### **RISORSE VINCOLATE PER IL PIANO DI CONTENIMENTO ED IL CUP REGIONALE**

In ottemperanza a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006, si ribadisce che la quota delle risorse di cui all'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'art.1 comma 34-bis della medesima legge, finalizzate al perseguimento degli obiettivi del Piano Regionale di Contenimento dei Tempi d'Attesa e al miglioramento del sistema del CUP regionale, sono complessivamente €830.349 per ciascun anno del triennio 2006-2008 di cui €276.783 per il miglioramento e l'aggiornamento funzionale del CUP.

## **RUOLO DELL' OSSERVATORIO REGIONALE SULLA QUALITA' DEI SERVIZI SANITARI**

Data la complessità del sistema di governo, di verifica e di controllo delle liste e dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali e di ricovero ospedaliero, anche per una corretta attuazione del presente Piano Regionale di Contenimento dei Tempi d'Attesa, risulta indispensabile un'azione di coordinamento regionale di tutte le attività previste.

L'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, costituito con DGR del 2 dicembre 2002, n.1823, ha tra le altre sue missioni:

- un'azione di monitoraggio e valutazione permanente della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- la promozione dell'aggiornamento e dell'attuazione della Carta dei Servizi Sanitari;
- il miglioramento dei sistemi di relazione con gli utenti-cittadini nelle strutture sanitarie;
- una funzione di rafforzamento e qualificazione dei rapporti e dell'integrazione tra istituzioni sanitarie e organizzazioni di volontariato e di rappresentanza e di tutela dei cittadini.

Per tali motivi l'ORQSS ha da anni svolto un'attività di coordinamento e di promozione di iniziative in materia di liste d'attesa, sperimentando e poi attuando, in collaborazione con l'ASSR, i Monitoraggi Nazionali sui Tempi d'Attesa che sono stati effettuati negli anni. La Giunta Regionale ha già riconosciuto e confermato tale ruolo attraverso la DGR del 3 novembre 2004, n. 1420.

L'Osservatorio pertanto rappresenterà l'organismo regionale operativo di riferimento e di coordinamento per tutte le attività relative ai tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie, per le attività di monitoraggio e per la verifica e l'attuazione del presente Piano.

Il Programma Attuativo Aziendale, dovrà essere sottoposto al parere tecnico dell'Osservatorio circa la congruità rispetto agli indirizzi ed alle indicazioni del Piano Regionale.

## **INDICATORI DI RISULTATO PER LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI**

L'attuazione del presente Piano Regionale rappresenterà uno degli obiettivi principali da raggiungere per il miglioramento della qualità e dell'efficienza del SSR e pertanto costituirà uno degli obiettivi di valutazione del Direttore Generale della ASREM.

Per tale valutazione si riterranno indicatori di mancata o parziale applicazione del Piano i seguenti indicatori:

1. Mancata erogazione delle prestazioni entro i tempi stabiliti per il 90% delle prenotazioni;
2. Mancata garanzia di erogazione della prestazione entro i tempi stabiliti per il 100% delle prestazioni nelle strutture individuate a tal fine;
3. Mancata trasmissione dei flussi informativi previsti nei tempi e nei modi stabiliti;
4. Mancata o insufficiente comunicazione alla cittadinanza dei tempi massimi delle prestazioni garantite, delle strutture sanitarie in cui vengono garantiti i tempi massimi d'attesa per il 100% delle prenotazioni, dei tempi medi d'attesa e delle sospensioni delle erogazioni delle prestazioni;
5. Utilizzo delle agende chiuse, fatti salvi i casi previsti da Piano Attuativo Aziendale sulla base delle indicazioni fornite dall' allegato 2 al presente atto.

---

## **ALLEGATO 1 – TEMPI MASSIMI D'ATTESA**

### **A.AREA ONCOLOGICA**

**(numero prestazioni= 22 di 24 in bianco previste nell'Intesa)**

## PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Cod. ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
1	Visita oncologica		89.7	15
2	Visita radioterapica pretrattamento		89.03	30
<b>Radiologia</b>				
3	Mammografia	87.37	87.37.1- 87.37.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>TC con o senza contrasto</b>				
4	Torace	87.41	87.41- 87.41.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
5	Addome superiore	88.01	88.01.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4-88.01.3	60 (10 gg. per classe di priorità A)
7	Addome completo	88.01	88.01.6-88.01.5	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>Risonanza Magnetica</b>				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1-88.91.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4-88.95.5	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>Ecografia</b>				
10	Addome	88.74-88.75-	88.74.1-88.75.1-88.76.1	60

		88.76		(10 gg. per classe di priorità A)
<b>11</b>	Mammella	88.73	88.73.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>Esami Specialistici</b>				
<b>12</b>	Colonscopia	45.23	45.23	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>13</b>	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>14</b>	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13-45.16	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>15</b>	Broncoscopia	33.23	33.22	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>16</b>	Colposcopia	70.21	70.21	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>17</b>	Cistoscopia	57.32	57.32	60 (10 gg. per classe di priorità A)
<b>18</b>	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (agobiopsia ecoguidata)		60.11.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)

***PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO***

Numero	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Tempo massimo di attesa (giorni)
20	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174	30
21	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185	30
22	Interventi chirurgici per tumore Colon-retto	45.7-45.8; 48.5-48.6	Categorie 153-154	30
23	Interventi ginecologici (per tumori dell'utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	30

## B.Area Cardiovascolare

(numero di prestazioni= 7 delle 14 in bianco previste nell'Intesa)

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	30 (10 giorni per classe di priorità A)
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	30
<b>Ecografia</b>				
27	Cardiaca (ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	60
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	60

<b>29</b>	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	60
<b>Esami specialistici</b>				
<b>30</b>	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	60 (10 giorni per classe di priorità A)
<b>31</b>	Elettrocardiogramma Holter	89.50	89.50	60

### PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice intervento	Codice Diagnosi	Tempo massimo di attesa (giorni)
<b>38</b>	Coronarografia	88.55 88.56 - 88.57		180

## C.AREA MATERNO-INFANTILE

(numero prestazioni= 2 di 2 in bianco previste dall'Intesa)

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD)-CM	Codice nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
<b>39</b>	Visita ginecologica	V72.3	89.26	30
<b>Ecografia</b>				
<b>40</b>	Ostetrico-Ginecologica	88.78 88.79	- 88.78 – 88.78.2	60

## D.AREA GERIATRICA

(numero prestazioni= 9 di 9 in bianco previste dall'Intesa)

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30
<b>TC con o senza contrasto</b>				
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1	60 (10 giorni per classe di priorità A)
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 – 88.38.1	60
44	bacino	88.38	88.38.5	60
<b>Esami Specialistici</b>				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	60
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	60

### PRESTAZIONI DI RICOVERO ORDINARIO

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempo massimo di attesa (giorni)
48	Protesi d'anca	81.51 – 81.52 – 81.53		180

### PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempo massimo di attesa (giorni)
49	Cataratta	13.0		180

## E. VISITE SPECIALISTICHE

## DI MAGGIOR IMPATTO

(numero prestazioni= 5 su 5 in bianco previste dall'Intesa)

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Cod. ICD9- CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	30
51	Visita oculistica	95.0	95.02	30
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7	30
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	30
54	Visita urologica	89.7	89.7	30

## **ALLEGATO 2 – LINEE GUIDA ASSR PER LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE E/O DI RICOVERO**

---

### *Premessa*

Da numerose fonti informative (sperimentazioni monitoraggio nazionale “Tempi di attesa”, segnalazioni organismi di tutela dei diritti dei cittadini) è emerso come, soprattutto in alcune Regioni,

sia ancora un evento frequente la sospensione delle attività di prenotazione da parte dei servizi, soprattutto relativamente a visite ambulatoriali e procedure diagnostiche.

Tali situazioni si determinano per cause diverse, ma frequentemente il motivo risulta essere semplicemente la lunghezza dei tempi di attesa. Infatti, in molti servizi, quando il tempo di attesa comincia a divenire consistente, i responsabili dei servizi chiudono le agende, ovvero sospendono la possibilità per il cittadino di prenotarsi. Tale decisione viene variamente motivata (difficoltà a gestire agende per tempi molto lunghi, eccessivo incremento delle mancate presentazioni agli appuntamenti o drop-out, evitare le proteste dei cittadini, “se non si possono fornire risposte in tempi accettabili, meglio chiudere”, ecc.), ma risulta anche che spesso le agende vengono chiuse per restare artificiosamente entro i tempi massimi che le regioni hanno indicato. Per altro, chi chiude le agende non si preoccupa minimamente di informare adeguatamente i cittadini, né tanto meno di reindirizzarli verso altri centri, e spesso senza fornire neppure indicazioni su quando e come l’agenda potrà essere nuovamente disponibile. Un’altra forma di oggettiva chiusura è costituita dalla apertura delle agende solo per poche ore in poche giornate, oppure con un numero di posti limitato e predefinito, raggiunto il quale l’agenda viene chiusa.

L’indagine svolta nelle regioni mediante i focus group ha evidenziato una particolare criticità in questo ambito, rappresentata dai contratti con specialisti ambulatoriali, che spesso hanno una durata limitata o per i quali non vi è la certezza del rinnovo fino al momento della scadenza. Situazioni di questo genere potrebbero comportare la continua chiusura e riapertura delle agende degli specifici specialisti, ma già alcune regioni hanno risolto il problema concordando con gli specialisti di impostare le agende sempre con una prospettiva di almeno tre mesi, all’interno dei quali prevedere anche le eventuali assenze per motivi di studio o altro. Anche in questo caso, inoltre, l’eventuale disagio della sospensione può essere attenuato dall’utilizzo della modalità dei pre-appuntamenti.

Tutte le situazioni sopra citate sono chiaramente lesive del diritto del cittadino all’accesso alle prestazioni, come recentemente affermato dalla legge 266/2005, che al comma 282 vieta la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni, prevedendo anche delle specifiche sanzioni amministrative per i contravventori (comma 284). Resta invece la possibilità di interruzione delle attività di erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici (comma 282).

Considerata la particolare delicatezza di queste problematiche, che determinano disagio negli utenti e incidono sul diritto di accesso alle prestazioni, e vista anche la non uniformità delle procedure seguite, si riportano alcuni principi e modalità operative per la gestione del problema della sospensione della erogazione.

### *Linee guida per la sospensione delle attività di erogazione*

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause. Tali situazioni possono essere imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale, e pertanto devono essere individuate le soluzioni più idonee, sia per superare la contingenza "tecnica", sia per garantire la continuità del servizio (intesa come prenotazione e come erogazione della prestazione al cittadino). Per altro, occorre distinguere chiaramente l'impossibilità alla erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dalla attività di prenotazione, che materialmente può invece continuare a svolgersi. Infatti, la prenotazione costituisce una procedura di inserimento della domanda nel sistema di offerta che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l'erogazione sia interrotta, potendosi utilizzare, come sotto descritto, delle procedure che considerino la programmazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata.

In linea di principio, pertanto, si deve considerare l'interruzione delle attività di erogazione una situazione che può essere adottata solo in casi eccezionali, e nel rispetto di alcune regole:

- La regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, e seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti.
- Di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la direzione aziendale.
- La direzione aziendale deve informare la Regione di ogni sospensione avvenuta, e tali informazioni dovranno essere inviate, nelle forme e nei termini che saranno successivamente indicati, al Ministero della Salute.
- Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni:
  - di quale prestazione si è sospesa l'erogazione (cosa è stato sospeso)
  - dove
  - perché
  - per quanto tempo (da quando a quando).

Anche se l'erogazione delle prestazioni è stata interrotta, il servizio deve proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'azienda può fare, per i nuovi utenti, dei pre-appointamenti, ovvero indicare un periodo di massima nel quale si stima potrà

essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione può essere successivamente comunicata dalla azienda, che contatta direttamente l'utente, oppure essere ottenuta dall'utente mediante una telefonata ad un numero indicato dalla azienda stessa, numero che dovrà essere con certezza disponibile in un determinato orario.

In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per le prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione.

## **ALLEGATO 3 – LINEE GUIDA ASSR PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI -**

---

Si riportano qui di seguito delle linee guida atte a supportare le aziende sanitarie ed ospedaliere nella progettazione e gestione delle Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili.

La Direzione Aziendale deve definire una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero (Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità dei presidi, dipartimenti o UO.

La procedura deve prevedere criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito.

Si sottolinea che il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa “ex-post” si basa sulla presenza nella SDO di due informazioni: a) la data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione, b) la classe di priorità del paziente. Il primo campo era già stato in precedenza previsto (e già esistente in alcune regioni), mentre il secondo rappresenta una novità, per altro coerente con quanto deciso nell’Accordo 11 luglio 2002 e nell’Intesa 28 marzo 2006.

### **Contenuti e procedura**

La procedura per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri deve definire quali sono i soggetti che:

- a) possono richiedere una prenotazione,
- b) decidono l’inserimento nell’agenda di prenotazione,
- c) inseriscono materialmente i dati,
- d) possono consultare le agende, a quali scopi, come, quando, quanto (quali campi).

Tra i soggetti che possono avere accesso ai dati saranno ovviamente sempre previsti gli incaricati delle direzioni sanitarie e delle regioni, che hanno il compito di vigilare e verificare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza, efficienza ecc., compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso.

La esplicitazione di procedure e riferimenti permetterà inoltre all’utente di esercitare un maggiore controllo sull’iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.

La procedura deve indicare dove è conservata l’agenda e sotto la responsabilità di chi, in particolare relativamente a: gestione quotidiana, inserimento dati, conservazione, tutela accesso e riservatezza.

La Direzione Sanitaria di presidio deve garantire una attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all’utilizzo corretto, trasparente ed appropriato delle agende; tale attività di vigilanza deve avvenire con precise responsabilità e modalità operative.

Devono essere definite le procedure e le responsabilità sul controllo della qualità dei dati, con particolare riferimento alla congruenza delle classi di priorità assegnate ai pazienti e dei tempi di effettiva erogazione. Vanno periodicamente valutate la sensibilità e la specificità dei criteri utilizzati

per l'attribuzione alle diverse classi di priorità. Le informazioni derivate dalle attività di verifica devono essere periodicamente portate a conoscenza dei prescrittori e dei decisori.

È opportuno ricordare che il DPCM 19/5/1995 (punto 4.3) prevede la possibilità di svolgere azioni di controllo sulle agende di prenotazione anche da parte di soggetti esterni, in particolare i MMG. Pertanto, la configurazione delle agende, siano essi su supporto cartaceo od informatico, deve prevedere la possibilità dello svolgimento di questi controlli nel rispetto della normativa sulla privacy, ovvero rendendo verificabili i dati inerenti i criteri e le date di prenotazione, senza però rendere accessibili i dati di identificazione del paziente.

Relativamente ai dati da inserire, si riporta un elenco di informazioni articolato in due parti, la prima inerente al paziente, e la seconda contenente altre voci utili sotto il profilo gestionale. Per ogni informazione è stato riportato un giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelle considerate essenziali e quelle ritenute potenzialmente utili. Alcune delle informazioni sotto elencate sono già presenti nella SDO: per la compilazione di queste si dovranno seguire le stesse regole utilizzate in quella scheda. Si riportano di seguito alcune ulteriori note esplicative per le altre informazioni.

<b>Informazioni inerenti al paziente</b>	<b>Rilevanza</b>
<i>a) Nome e cognome del paziente</i>	<i>Essenziale</i>

<i>b) Codice paziente (fiscale)</i>	<i>Essenziale</i>
<i>c) Sesso</i>	<i>Essenziale</i>
<i>d) Data di nascita</i>	<i>Utile</i>
<i>e) Residenza</i>	<i>Utile</i>
<i>f) Numero telefono del paziente</i>	<i>Essenziale</i>
<i>g ) Persona da informare (nome e telefono)</i>	<i>Essenziale</i>
<i>h) Diagnosi o sospetto diagnostico</i>	<i>Essenziale</i>
<i>i) Classe di priorità</i>	<i>Essenziale</i>
<i>j) Note cliniche particolari</i>	<i>Utile</i>
<b>Informazioni gestionali</b>	<b>Rilevanza</b>
<i>k) Nome del medico prescrittore</i>	<i>Utile</i>
<i>l) Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico, ecc.)</i>	<i>Utile</i>
<i>m) Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore</i>	<i>Essenziale</i>
<i>n) Data inserimento paziente nell'agenda di prenotazione</i>	<i>Essenziale</i>
<i>o) Data prevista per il ricovero</i>	<i>Essenziale</i>
<i>p) Data reale del ricovero</i>	<i>Essenziale</i>
<i>q) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista</i>	<i>Essenziale</i>
<i>r) Modalità di accesso (visita in ambulatorio divisionale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata, ecc.)</i>	<i>Utile</i>

Come previsto dal D.L. 269 del 30/9/2003, il codice paziente, anche al fine di favorire l'integrazione delle informazioni, dovrebbe essere il codice fiscale. Ove le agende siano informatizzate ed accessibili in rete, si potranno realizzare verifiche e rilevazioni in tempo reale, ma anche, con l'utilizzo del codice paziente, la rilevazione semiautomatica dei dati necessari al monitoraggio.

Oltre ai dati identificativi del paziente, la registrazione del sesso risulta importante non solo a scopi di elaborazioni statistiche, ma anche per la necessità di gestione del reparto, specie quando nomi stranieri non permettono l'identificazione del genere. Il numero di telefono del paziente o della persona da informare sono essenziali per una buona gestione delle liste, sia per lo svolgimento delle eventuali attività di controllo o pulizia, sia per informazioni su spostamenti o problemi organizzativi. Il campo "Classe di priorità" va compilato in coerenza con le indicazioni nazionali sulle classi di priorità. Il dato qui inserito sarà poi trasferito nel corrispondente campo della SDO.

Rispetto ai dati riportati nella seconda parte, sono necessarie alcune precisazioni. Il nome del prescrittore è riferito al medico (MMG, specialista ambulatoriale estemo ecc.) che ha firmato la richiesta a seguito della quale il paziente è stato preso in carico dalla struttura, che è solitamente diverso da quello che è preposto alla accettazione della richiesta ed all'inserimento del paziente nella agenda (specialista del reparto ospedaliero). La data da inserire al campo m) è quindi quella contenuta nella richiesta (proposta) di ricovero. Per data di inserimento del paziente nella agenda (campo n) si deve invece intendere la data in cui il soggetto previsto dalla struttura (di solito lo specialista del reparto) conferma la necessità di ricovero e provvede all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione.

A tale proposito, è però opportuno ricordare che può accadere che, specie in casi in cui i tempi di attesa siano lunghi, stabilita la necessità di ricovero per un paziente, in una prima fase egli non venga materialmente inserito in una agenda, ma solo in una qualche forma di "pre-lista" di candidati all'intervento, e venga invece inserito nella agenda solo al momento in cui si renda con precisione disponibile un posto letto o una seduta operatoria. Dato che lo scopo della rilevazione è quello di avere un quadro preciso del tempo che intercorre tra la convalida del bisogno di ricovero e la realizzazione dello stesso, è evidente che il dato da inserire nel sistema di rilevazione (campo n) è quello relativo al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della struttura, e non già quello, meramente organizzativo, relativo al momento della attribuzione precisa di una data per il ricovero. Questa data, relativa alla identificazione del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nel nuovo modello della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che progressivamente tutte le regioni provvederanno a rendere operativa. Le procedure applicative dovranno precisare chi e come sarà chiamato ad inserire questo dato nella SDO. È evidente che questo è un passaggio centrale per la gestione delle agende e per tutte le attività di gestione, verifica e valutazione sulle liste ed i tempi di attesa per i ricoveri, e richiede pertanto una particolare precisione ed affidabilità delle procedure e dei dati. Un ulteriore caso da considerare è rappresentato dalla richiesta di ricovero che viene spesso compilata dal MMG subito prima del ricovero, per finalità principalmente amministrative, ma dopo che tutto il percorso di valutazione e approvazione della necessità di ricovero è già stato svolto. La data di tale richiesta non ha nessun nesso con il tempo di attesa reale ed il percorso di accesso, e pertanto non deve essere considerata pertinente.

Anche la data prevista per il ricovero (campo o) può essere indicata inizialmente in modo approssimativo, o come periodo orientativo in cui si prevede di poter ricoverare il paziente. Le procedure aziendali dovranno precisare le modalità di compilazione di questo campo, anche perché una sua attenta lettura potrebbe fornire informazioni utili a chi deve occuparsi della programmazione delle attività, poiché differenze frequenti e significative rispetto alla data reale

del ricovero possono essere espressione di forti difficoltà gestionali. La data prevista può essere definita con una modalità implicita (stima dello specialista) o, preferibilmente, usando criteri espliciti, quali il tempo medio di attesa per quel tipo di ricovero con quella classe di priorità nei precedenti sei mesi. La data reale del ricovero viene precisata nel campo p), già esistente oggi nelle SDO. Se le date dei campi o) ed p) sono diverse, ciò dovrà essere sinteticamente motivato nel campo q), dove andrà anche motivata la eventuale cancellazione (per risoluzione del problema, mancata presentazione, esigenze personali del paziente, variazione del quadro clinico, decesso ecc.).