

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE PUGLIA

Sped. in abb. Postale, Art. 2, comma 20/c - Legge 662/96 - Aut. DC/215/03/01/01 - Potenza

Anno XXXVII

BARI, 22 AGOSTO 2006

N. 106

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si pubblica con frequenza infrasettimanale ed è diviso in due parti.

Nella 1ª parte si pubblicano: Leggi e Regolamenti regionali, Ordinanze e sentenze della Corte Costituzionale e di Organi giurisdizionali, Circolari aventi rilevanza esterna, Deliberazioni del Consiglio regionale riguardanti l'elezione dei componenti l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea, della Giunta e delle Commissioni permanenti.

Nella 2ª parte si pubblicano: le deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta; i Decreti del Presidente, degli Assessori, dei funzionari delegati, di pubbliche autorità; gli avvisi, i bandi di concorso e le gare di appalto.

Gli annunci, gli avvisi, i bandi di concorso, le gare di appalto, sono inseriti nel Bollettino Ufficiale pubblicato il giovedì.

Direzione e Redazione - Presidenza Giunta Regionale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari - Tel. 0805406316-0805406317-0805406372 - Uff. abbonamenti 0805406376 - Fax 0805406379.

Abbonamento annuo di € 134,28 tramite versamento su c.c.p. n. 60225323 intestato a Regione Puglia - Tasse, tributi e proventi regionali - Codice 3119.

Prezzo di vendita € 1,34. I versamenti per l'abbonamento effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno validità dal 1° giorno del mese successivo; mentre i versamenti effettuati dopo il 15° giorno e comunque entro il 30° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Gli annunci da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari.

Il testo originale su carta da bollo da € 14,62, salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo e dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista.

L'importo della tassa di pubblicazione è di € 154,94 oltre IVA al 20% (importo totale € 185,93) per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di € 11,36 oltre IVA (importo totale € 13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 60 battute (o frazione).

Il versamento dello stesso deve essere effettuato sul c.c.p. n. 60225323 intestato a Regione Puglia - Tasse, tributi e proventi regionali - Codice 3119.

Non si darà corso alle inserzioni prive della predetta documentazione.

LE PUBBLICAZIONI SONO IN VENDITA PRESSO LA LIBRERIA UNIVERSITÀ E PROFESSIONI SRL - VIA CRISANZIO 16 - BARI; LIBRERIA PIAZZO - PIAZZA VITTORIA, 4 - BRINDISI; CASA DEL LIBRO - VIA LIGURIA, 82 - TARANTO; LIBRERIA PATIERNO ANTONIO - VIA DANTE, 21 - FOGGIA; LIBRERIA MILELLA - VIA PALMIERI 30 - LECCE.

SOMMARIO

“Avviso per i redattori e per gli Enti:

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si attiene alle regole della Legge 150/2000 per la semplificazione del linguaggio e per la facilitazione dell'accesso dei cittadini alla comprensione degli atti della Pubblica Amministrazione. Tutti i redattori e gli Enti inserzionisti sono tenuti ad evitare sigle, acronimi, abbreviazioni, almeno nei titoli di testa dei provvedimenti”.

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2006, n. 1200

Adempimenti ex Intesa Stato-Regioni 28/03/2006: Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

Pag. 15494

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2006, n. 1200

**Adempimenti ex Intesa Stato-Regioni 28/03/2006:
Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.**

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio 1, confermata dal Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

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 presta-

zioni 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 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 che garantisca i seguenti aspetti:

- Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso.
- Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sociosanitarie.
- 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 e che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, di 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 e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio.
- Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione.

Inoltre, il Piano regionale:

- promuove l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa;
- valorizza la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato;
- reca le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici;
- elabora piani di intervento per il miglioramento della qualità prescrittiva, mediante l'adozione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con i soggetti prescrittori.

Considerato, inoltre, che, nell'incontro del 24 maggio 2006 presso la sede della Commissione salute, in sede di valutazione tecnica riguardo all'attuazione del Piano Nazionale, dalle stesse regioni sono state evidenziate alcune criticità ed, in particolare, che:

- il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, incaricato di valutare i piani attuativi regionali, non ha ancora emanato le specifiche linee guida, alle quali sarà necessario rendere coerenti gli interventi delle regioni;
- gli standard nazionali, di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, non sono ancora stati definiti ed, inoltre, una recente sentenza della Corte Costituzionale dichiara l'illegittimità di una parte del regolamento del Ministro della Salute con cui dovrebbero essere fissati gli standard; poiché "... il programma attuativo aziendale deve provvedere a recepire i tempi massimi di attesa - in attuazione della normativa regionale in materia ed 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...", non si potrà, in questa fase, che fare riferimento alle disposizioni regionali;
- la Commissione Nazionale sull'appropriatezza, che dovrà regolamentare le sanzioni economiche previste per i responsabili delle sospensioni delle prenotazioni, non è ancora stata nominata;
- il Piano Nazionale attribuisce alle regioni la facoltà di stabilire ed applicare i propri criteri di priorità, profilandosi il rischio, tuttavia, che non si possano confrontare i dati tra le diverse regioni, in assenza delle linee-guida per la fissa-

zione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni e delle forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni che la Commissione Nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni avrebbe dovuto predisporre;

- non si possono stabilire le sanzioni amministrative, di cui all'articolo 1, comma 284 della legge n. 266/2005, da applicarsi da parte delle Regioni e province autonome 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, per le aziende sanitarie locali, per i presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri, poiché non sono stati definiti i criteri dalla anzidetta Commissione nazionale;
- il Piano Nazionale prevede che, per le prestazioni individuate, ogni ASL indichi le strutture presso le quali si garantisca al cittadino l'accesso entro i tempi massimi indicati dalla Regione, senza indicare quali caratteristiche debbano avere tali strutture;
- il Piano Nazionale prevede il monitoraggio di prestazioni che presuppongono la conoscenza della diagnosi; attualmente, però, dai flussi informativi non può essere rilevato il sospetto diagnostico.

Alla luce delle considerazioni sopra riportate, si ritiene necessario che la Regione Puglia, in questa prima fase, assuma decisioni parziali, in attesa di successivo perfezionamento del presente atto, secondo gli indirizzi e gli adempimenti propedeutici e necessari alla soluzione delle criticità sopra evidenziate.

In tale ottica l'A.Re.S., incaricata di predisporre una proposta di Piano regionale, ha prodotto un Documento tecnico, Allegato al presente provvedimento per farne parte integrante, in cui sono contenuti:

- la ricognizione degli atti già adottati in materia;
- il tempo massimo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- la definizione dei provvedimenti che è già possibile adottare in coerenza con quanto previsto dal

Piano nazionale in materia regolamentare per la gestione degli accessi e per la tenuta dei registri e delle agende di prenotazione, anche ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa;

- direttive per l'evoluzione del sistema CUP regionale;
- adempimenti delle aziende sanitarie;
- l'adeguamento del flusso informativo alle esigenze di monitoraggio previste;
- la previsione degli atti successivi che contribuiranno al perfezionamento del presente Piano, alla luce dei necessari indirizzi di carattere generale che saranno emanati a livello nazionale.

Nel Documento sono stabiliti i tempi massimi di attesa per le prestazioni, tra quelle elencate al punto 3 dell'intesa citata, che possono essere considerate quali prestazioni di primo accesso per la formulazione di una diagnosi nell'ambito di ciascuna delle aree, per le quali, quindi, è più urgente la definizione di un tempo massimo. Le altre sono da considerarsi quali prestazioni di secondo livello, nell'ambito di un già avviato percorso diagnostico terapeutico, e che, generalmente, sono programmate sulla scorta di un'indicazione posta dallo specialista: il tempo d'attesa per queste prestazioni deve essere definito, quindi, all'interno di uno specifico profilo di cura, che richiede una garanzia temporale complessiva, da non intendersi come somma delle singole fasi (in tale evenienza si correbbe il rischio, infatti, di dilatare i tempi totali in modo incongruo con il bisogno di assistenza). In attesa dei parametri temporali che saranno 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 al paragrafo 3 del Piano nazionale -, i tempi complessivi per la garanzia dell'intero processo di diagnosi e cura dovranno essere individuati nel successivo atto deliberativo previsto, alla luce dei necessari chiarimenti relativi agli standard cui fare riferimento.

Va, altresì, rilevato che, al fine di provvedere all'adozione della disciplina che reca le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici, in attuazione del comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 in materia di divieto alle aziende sanitarie ed ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, l'A.Re.S

ed il Gruppo tecnico regionale hanno convocato in audizione, in data 22 giugno 2006, le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206.

Si propone in tal senso alla Giunta regionale l'atto di approvazione del Piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008.

La presente proposta di deliberazione viene sottoposta all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lettera d), della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7.

Copertura Finanziaria

Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale, trattandosi di atto programmatico.

Il Dirigente Responsabile Ufficio 1
Dott.ssa Antonia Marra

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- Udata la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente Responsabile dell'Ufficio e dal Dirigente del Settore;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di adottare il Piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa, di cui all'Allegato documento, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di riservarsi di perfezionare tale Piano, alla luce dei necessari indirizzi di carattere generale previsti dalla legge n. 266/2005 e dall'intesa del 28 marzo 2006;
- di disporre che le Aziende sanitarie adottino il proprio Piano aziendale entro novanta giorni dall'approvazione di quello regionale da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- di disporre che le Aziende sanitarie e le strutture pubbliche e private accreditate in accordo contrattuale adottino, entro novanta giorni dalla pubblicazione del presente Piano attuativo regionale, le Linee guida di cui al punto C dell'Allegato, con atti regolamentari da trasmettere all'assessorato alle politiche della salute;
- 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 nazionale, riservando una parte degli importi alla realizzazione di un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un 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;
- di stabilire che l'attuazione dell'intero programma di utilizzo di tale quota è subordinata all'iscrizione della somma medesima nel bilancio regionale;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia in attuazione dell'art. 6, lett. a), della L.R. 12 aprile 1994, n. 13.

Il Segretario della Giunta
Dr. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
On. Nichi Vendola

ALLEGATO**REGIONE PUGLIA****PIANO REGIONALE DI CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2006-2008****PREMESSA**

Il fenomeno delle *liste di attesa* è presente in tutti gli Stati dove insiste un servizio sanitario che offra un livello di assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato e per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale da un lato, che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza dall'altro, deve quindi costituire oggetto di un impegno comune del Governo e delle Regioni nel governo del sistema sanitario attraverso la realizzazione di un Piano Nazionale.

La complessità del problema, infatti, sia per l'impatto organizzativo sul sistema sanitario nazionale che per le conseguenze sulla definizione dei diritti dei cittadini in materia di livelli di assistenza garantiti, richiede un impegno comune di Governo e Regioni: si tratta di trovare le soluzioni più efficaci per il governo delle liste di attesa, con la consapevolezza che non esistano soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate.

Il tema delle liste d'attesa è, per le sue caratteristiche peculiari, argomento centrale anche nel processo di implementazione del governo clinico (o del governo delle attività cliniche), quale strumento di promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino.

L'obiettivo deve essere, infatti, quello di promuovere la capacità del SSN, sia a livello centrale che periferico, di intercettare il reale bisogno di prestazioni, per garantire risposte adeguate al perseguimento degli obiettivi di salute, e di conseguire il risultato di far coincidere la domanda di prestazioni con il bisogno individuato. Il raggiungimento di tale obiettivo consentirà di eliminare l'eccesso di domanda inappropriata e, al contempo, di erogare tutte le prestazioni indispensabili per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda, che tenga conto dell'applicazione di rigorosi criteri sia d'appropriatezza che d'urgenza delle prestazioni. A tal fine si conviene sulla necessità di individuare adeguate sedi e strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori. Sviluppare la qualità del sistema nel governare la domanda impone una strategia che orienti verso un'adeguata capacità:

- 1) di interpretare il bisogno di salute e di interventi sanitari, quindi, necessari;
- 2) di definire percorsi assistenziali che migliorino la appropriatezza, la selezione, secondo criteri di priorità degli accessi, ed i risultati attesi in base ad evidenze che ciò che si sta erogando serva a migliorare lo stato di salute.

Per quest'obiettivo, di medio-lungo periodo, è necessario lavorare sul terreno della promozione culturale a tutti i livelli, sulla formazione degli operatori e sul coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di ciò che è utile ed appropriato.

Al contrario, un approccio semplicistico sul versante dell'offerta, pur indispensabile e possibile attraverso interventi immediati sulle politiche di budget aziendale, sull'organizzazione del lavoro, sugli accordi contrattuali, sull'organizzazione dei CUP, sulla libera professione, sul sistema informativo, ecc, produce risultati sui tempi d'attesa nel breve periodo, destinati, tuttavia, ad essere rapidamente riassorbiti da un incremento incontrollato della domanda di prestazioni.

Il Piano Regionale, in coerenza con quello Nazionale, si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i livelli istituzionali deputati a contrastare il fenomeno.

Il presente Piano definisce:

- A) la ricognizione degli atti regionali in materia sinora adottati;
- B) il tempo massimo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, tra quelle elencate nel punto 3 dell'Intesa, che possono essere considerate quali prestazioni di primo accesso per la formulazione di una diagnosi nell'ambito di ciascuna delle aree, per le quali, quindi, è più urgente la definizione di un tempo massimo. Per le altre, da considerarsi quali prestazioni di secondo livello nell'ambito di un già avviato percorso diagnostico terapeutico e che, generalmente, sono programmate sulla scorta di un'indicazione posta dallo specialista, il tempo d'attesa per la garanzia dell'intero processo di diagnosi e cura sarà definito, quindi, all'interno di uno specifico profilo di cura, in successivo atto deliberativo;
- C) gli atti in materia regolamentare per la gestione degli accessi e per la tenuta dei registri e delle agende di prenotazione, anche ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa;
- D) gli indirizzi per l'evoluzione del sistema CUP regionale;
- E) gli adempimenti delle aziende sanitarie;
- F) l'adeguamento del flusso informativo alle esigenze di monitoraggio previste;
- G) la previsione degli atti successivi che contribuiranno al perfezionamento del presente Piano, alla luce dei necessari indirizzi di carattere generale che saranno emanati a livello nazionale.

A. LA RICOGNIZIONE DEGLI ATTI ADOTTATI

PERIODO DAL LUGLIO 2002 SINO A GIUGNO 2006

Le iniziative della Regione Puglia, in materia di contenimento del fenomeno relativo alle "Liste d'attesa" e di promozione del rispetto degli impegni assunti con l'Accordo Stato-Regioni del 11.7.2002 relativamente ai tempi d'attesa da garantire ai cittadini, saranno elencate con riferimento a ciascuna delle fasi del processo "Liste d'attesa", di seguito analizzate secondo un ordine logico in relazione alle criticità osservate nel sistema regionale. Esse possono, schematicamente, essere ricondotte alla "richiesta" (domanda) delle prestazioni ed alla "attività d'erogazione" (offerta) dell'assistenza.

Nell'ambito delle fasi descritte, pertanto, a livello regionale, le principali criticità sono emerse in relazione a talune problematiche, su cui sono stati sviluppati gli interventi conseguenti. Tali criticità sono state confermate anche nel corso delle rilevazioni dei tempi d'attesa in adempimento dell'Accordo dell'11.07.2002 (sia in fase di sperimentazione del disciplinare tecnico, a cui ha partecipato la Puglia, poiché componente del Gruppo tecnico ristretto per il monitoraggio dei tempi d'attesa costituitosi presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, sia nelle rilevazioni nazionali successive).

In particolare, si segnalano i seguenti elementi:

- il controllo solo parziale delle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali da parte dei C.U.P.;
- l'assenza quasi assoluta della diffusione di criteri di selezione della domanda secondo criteri di priorità e di appropriatezza della richiesta;
- la presenza di agende degli erogatori (sia pubblici che privati) direttamente gestite dai fornitori di prestazioni, con registrazione manuale dei dati, talvolta incompleti per l'identificazione degli elementi necessari alla valutazione della prestazione;
- la presenza di "agende chiuse";
- l'assenza dei registri di prenotazione, ovvero la presenza di procedure non standardizzate, in particolare per le attività di ricovero;
- l'impossibilità, negli attuali sistemi di registrazione, di differenziare la prima visita dai controlli programmati, urgenze-emergenze, *screening* e controlli di secondo e terzo livello;
- l'assenza di codifica e di registrazione del sospetto diagnostico;
- l'impossibilità attuale di monitorare la prima visita oncologica, in quanto una codifica specifica è prevista solo per la prestazione di "visita nella branca oncologica", quando è noto che in gran parte dei casi la conferma al sospetto di patologia oncologica è formulata in occasione di prestazioni richieste ad altri specialisti (ad esempio nel corso di esami endoscopici richiesti dal medico di medicina generale, ecc.);
- l'incontrollabilità del fenomeno libera-professione, per la quale non sono attivate in nessun modo modalità di definizione dei volumi e di registrazione delle richieste;
- l'adeguamento dei carichi di lavoro in rapporto al volume della domanda;
- la comunicazione ed informazione, attraverso le Carte dei Servizi, come strumento di orientamento per l'accesso alle prestazioni e distribuzione della domanda in maniera adeguata.

Già nel corso del 2003, tramite l'adozione della DGR n. 572 del 17.4.2003, sono state avviate linee di intervento per le seguenti aree:

- Appropriatelyzza delle prescrizioni;
- Dotazione tecnologica, tramite l'erogazione di finanziamenti ad hoc alle Aziende sanitarie per potenziare le attività con maggiore criticità;
- Dotazione e qualificazione delle risorse umane;
- Adozione di specifiche linee guida e direttive per un'efficace ed uniforme gestione delle fasi del processo liste d'attesa (prescrizione/prenotazione/erogazione/follow up);
- Dotazione di adeguati strumenti informativi che contribuiscano a gestire correttamente gli indicatori per il monitoraggio degli interventi adottati.

Per l'aspetto tecnico, funzionale ed economico l'intervento è stato, pertanto, definito mediante l'adozione di piani che si articolano nelle seguenti linee operative:

1) Redazione di apposite linee guida e regolamenti (attraverso la costituzione di commissioni di esperti), espletamento di interventi formativi e monitoraggio dei relativi risultati sulle problematiche:

- definizione delle specifiche cliniche per la individuazione delle priorità di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, in base ai criteri definiti nell'allegato B dell'Accordo – Stato Regioni dell'11.07.2002;
- criteri ed interventi operativi/formativi per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni e per la razionalizzazione della domanda;
- criteri ed interventi operativi/formativi per il coinvolgimento e per la sensibilizzazione dei medici di Medicina Generale e degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali;
- criteri per la graduale eliminazione delle agende chiuse per la gestione efficace e trasparente dei tempi e delle liste di attesa;
- criteri per la valutazione della qualità percepita dagli utenti e promozione di eventi formativi.

Per realizzare questa azione è stata disposta l'assegnazione alla Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia di un importo di € 611.299,04. Le eventuali economie si prevede siano utilizzate per l'acquisto e/o completamento di altre apparecchiature diagnostiche, di cui al successivo punto 2).

2) Determinazione del fabbisogno tecnologico (apparecchiature diagnostiche e terapeutiche) per le prestazioni ad alta criticità erogativa e definizione dei relativi piani di approvvigionamento in considerazione della capacità di offerta in ambito provinciale delle varie strutture sanitarie, con particolare riferimento alla necessità di garantire, oltre che la qualità delle prestazioni, una velocizzazione nell'esecuzione e refertazione delle indagini diagnostiche.

Per realizzare quest'azione è stato previsto ed erogato un impegno di spesa pari ad € 5.882.609,35, mediante:

- assegnazione di € 1.150.000,00 compreso IVA all'A.O. Policlinico di Bari per il completamento del piano di attivazione dell'Acceleratore lineare;

- assegnazione di € 1.150.000,00 compreso IVA all'A.O. Policlinico di Foggia per l'ammodernamento tecnologico della RMN;
- destinazione di € 3.582.609,35 compreso IVA per ammodernamento tecnologico delle diagnostiche per immagini nelle altre Aziende Sanitarie, mediante gare centralizzate da esperire da parte dell'Ares. Le rivenienze derivanti dalle economie di gara sono state utilizzate per l'acquisto e/o completamento di altre apparecchiature diagnostiche.

3) Analisi del livello d'informatizzazione dei CUP aziendali, con particolare riferimento alla tipologia di prestazioni ad alta criticità erogativa e messa in atto delle necessarie azioni per favorire l'eventuale completamento del processo di informatizzazione e l'integrazione dei CUP a livello locale e provinciale. Potenziamento degli URP e messa in atto di opportune azioni mirate a favorire e/o potenziare il processo di informatizzazione e di integrazione con i CUP.

Per realizzare quest'azione è stata disposta l'assegnazione alle Aziende Sanitarie di un importo pari ad € 1.127.755,94, così distribuiti:

- € 977.755,94 da assegnare alle Aziende UU. SS. LL. in proporzione alla popolazione;
- € 150.000,00 da assegnare alle due Aziende Ospedaliere, rispettivamente per un importo di € 80.000,00 per l'A.O. Ospedale Consorziato Policlinico di Bari ed € 70.000,00 per l'A.O. OO.RR. di Foggia.

4) Attribuzione alle équipe sanitarie, sulla base di quanto stabilito dalla contrattazione collettiva, di forme di incentivazione specificamente finalizzate al rispetto dei tempi d'attesa ed espletamento di prestazioni libero professionali, nei confronti dell'Azienda stessa (fuori dell'orario di servizio ed in misura aggiuntiva non superiore a quelle rese in regime istituzionale) da parte del proprio personale sanitario dipendente (dirigenti sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica), finalizzate al rispetto delle liste d'attesa, in riferimento a quanto previsto dal punto 7 lett. a) e b) dell'Accordo stipulato nella Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14.02.2002.

Per realizzare quest'azione è stata prevista l'assegnazione alle Aziende Sanitarie di un importo di € 929.622,42 distribuite alle A.S. in rapporto alla dotazione di personale sanitario dipendente.

Sempre sul piano normativo, con **LEGGE REGIONALE 4 agosto 2004, n. 14 "Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004"**, sono state previste le seguenti prescrizioni:

Art. 18 (Interventi per l'abbattimento delle liste d'attesa)

Al fine della corretta gestione delle liste d'attesa, i Direttori generali sono autorizzati a predisporre progetti annuali finalizzati al potenziamento dei centri unificati di prenotazione e casse riscossione tickets mediante assunzione di unità di personale a tempo determinato del ruolo amministrativo o tecnico. Tale potenziamento deve assicurare l'apertura di più punti di prenotazione e pagamento con orario antimeridiano e pomeridiano.

2. I Direttori generali sono, altresì, autorizzati ad assumere, in deroga al 50 per cento del turnover previsto dalla l.r. 19/2003, personale medico delle discipline di cardiologia, pronto soccorso, radiologia, anestesia e rianimazione, oncologia medica, radioterapia, medicina fisica e riabilitativa, cardiocirurgia, neurochirurgia, operatori professionali collaboratori-tecnici di radiologia, direttori di struttura complessa dell'area della dirigenza medico-

veterinaria e della sanitaria non medica, nonché, in deroga al vincolo di cui all'articolo 8, comma 5, lettera b), della l.r. 19/2003, collaboratori infermieri professionali.

3. Per l'anno 2004 le graduatorie relative ai concorsi pubblici per la copertura di posti di operatore professionale collaboratore-infermiere professionale e tecnico di radiologia, non utilizzate in conseguenza dei divieti di cui alle leggi regionali 22 dicembre 2000, n. 28 (Variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2000) e 5 dicembre 2001, n. 32 (Assestamento e variazioni al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2001) e successive modificazioni, possono essere utilizzate per incarichi a tempo indeterminato anche per la copertura dei posti di nuova istituzione.

4. I Direttori generali delle aziende sanitarie, nelle discipline nelle quali sono rilevate criticità in relazione ai tempi d'attesa, con particolare riferimento ai tempi previsti nell'accordo dell'11 luglio 2002 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, danno attuazione al secondo comma dell'articolo 55 del CCNL 8 giugno 2000 della dirigenza medica.

5. Il mancato raggiungimento degli obiettivi in materia di liste di attesa, individuati nell'accordo dell'11 luglio 2002 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, costituisce elemento di valutazione dei Direttori generali ai fini della conferma o revoca dell'incarico

A tutt'oggi, sono state, di conseguenza, sviluppate iniziative, a livello regionale e locale, nelle aree di intervento di seguito elencate:

- 1) Appropriatelyzza e Diffusione di Linee guida.** Nel corso del 2003, 2004 e 2005 sono stati attivati Tavoli tecnici regionali con le Società Scientifiche per l'individuazione, l'adozione e la diffusione di Linee guida e Protocolli in relazione alle prestazioni più rilevanti per gravità, frequenza e costi, in considerazione della necessità di proporre al sistema ed ai professionisti strumenti di "Clinical governance" per garantire appropriatezza nella scelta dei percorsi di diagnosi e cura, anche finalizzati ad un attento uso delle risorse del sistema sanitario. A cura dell'AReS, nel corso di questi anni, sono state emanate, con Deliberazioni del Direttore Generale, Linee Guida sul Dolore Lombare; Linee Guida sulla depressione in età adulta; Linee guida sulla depressione in età evolutiva; Linee Guida Disciplinari per l'ospedalizzazione domiciliare; Linee Guida sulla antibiotico profilassi; Linee Guida per l'esecuzione di angioplastica coronarica; Linee Guida per l'approfondimento diagnostico e la terapia del carcinoma del colon-retto; Linee Guida sull'Ictus cerebrale; Linee guida sul Dolore in età pediatrica; Linee guida sulla Valutazione del rischio ostetrico e taglio cesareo. In particolare, le Linee Guida sul Dolore Lombare hanno come scopo precipuo quello di proporre ai prescrittori le raccomandazioni, basate su evidenze di efficienza ed efficacia, circa le priorità da garantire e criteri per il ricorso appropriato alle indagini TAC e RM, per le quali era stata rilevata una elevata percentuale di esami impropri. Per garantire lo sviluppo del processo, la sperimentazione sull'appropriatezza degli esami di RM del rachide è stata inserita in un progetto di Ricerca Finalizzata ex art. 12, di cui l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) è stata Destinatario Istituzionale. Tale ricerca ha riguardato l'"Analisi dei sistemi per la valutazione dell'appropriatezza delle Prescrizioni Diagnostiche utilizzate nell'ambito del SSN" e si è realizzata, attraverso la rilevazione dei dati di appropriatezza prescrittiva, su un campione di cittadini che si rivolgono presso la U.O. di Radiodiagnostica neurologica dell'A.O. Policlinico di Bari, che ha collaborato nel progetto di ricerca con l'AReS, che è stata l'Unità operativa di ricerca per la Regione

Puglia. La ricerca si è completata alla fine del 2005 ed i risultati sono in corso di pubblicazione. Ciò che emerso, comunque, è che circa due terzi delle prestazioni erano caratterizzate da inappropriately della richiesta.

Inoltre, con la Società Italiana di Radiologia Medica è stata raggiunta un'intesa per la diffusione delle Linee guida emanate a livello nazionale dall'ASSR, per cui sono stati progettati coerenti percorsi formativi nei quali coinvolgere tutti gli operatori delle Aziende Sanitarie.

Per quanto riguarda il processo istituzionale di promozione della qualità avviato dalla Regione Puglia nella prospettiva del processo di **accreditamento istituzionale**, nel Regolamento n. 3 del 15.01.2005, tra i requisiti organizzativi di carattere generale relativi a "GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI", sono stati inseriti, **tra i requisiti ulteriori di accreditamento**, i seguenti requisiti:

02 Programmi di Valutazione e Miglioramento delle Attività.

In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività:

- in tutti i presidi che erogano prestazioni a ciclo continuo e/o diurno devono essere attivati almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento nelle aree:
 - appropriatezza nell'uso delle risorse;
 - *omissis*
- in tutti i presidi in cui vengono erogate prestazioni a livello ambulatoriale devono essere attivati almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento della qualità del processo di erogazione:
 - accessibilità alle prestazioni,
 - appropriatezza delle indagini.
 - *omissis*

06 Attività di controllo particolari.

I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica, i centri trasfusionali devono prevedere attività di controllo di qualità interno ed esterno e partecipare a programmi di miglioramento della qualità.

Tutti i servizi di diagnostica strumentale devono:

- partecipare a programmi di miglioramento di qualità con particolare riferimento all'appropriatezza.
- *omissis*

e tra i requisiti ulteriori relativi al SISTEMA INFORMATIVO, il seguente:

02 Sistema di comunicazione interna ed esterna.

La Direzione assicura ... la valutazione della qualità del dato, attraverso la definizione di criteri di qualità per la compilazione della documentazione relativa all'utenza (cartelle cliniche ed infermieristiche, schede ambulatoriali ecc.), e in particolare:

- è documentata l'attività di verifica periodica del rispetto di tali criteri, anche al fine di garantire la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

- 2) Per quanto riguarda i **criteri di priorità negli accessi**, la regione partecipa ai lavori del Gruppo tecnico ristretto nel Mattone “Tempi d’attesa”, in cui si stanno definendo apposite Linee guida per la differenziazione degli accessi alle prestazioni secondo criteri di priorità clinica. Si è individuando, di conseguenza, un apposito Gruppo tecnico a livello regionale per la diffusione dei documenti che emergeranno da quel tavolo tecnico, in modo da garantire non solo omogeneità di indirizzi in ambito regionale, ma anche coerenza con i livelli nazionali e con le finalità del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale.
- 3) **Formazione.** Con nota n. 4169 del 5 ottobre 2004 a firma congiunta del D.G. dell’AReS e del Dirigente del Settore Sanità dell’Assessorato destinata ai Direttori Generali delle AA.UU.SS.LL., AA.OO., II.RR.CC.CC.SS. e EE.EE ed ai Dirigenti Responsabili degli Uffici Formazione, si è data comunicazione che l’A.Re.S., d’intesa con il Settore Sanità, aveva individuato una serie di aree formative finalizzate all’attuazione del Piano Sanitario Regionale, affinché i Piani Aziendali di Formazione (PAF) dell’anno 2005 delle AA.UU.SS.LL., AA.OO., II.RR.CC.CC.SS., EE.EE. della regione fossero elaborati quanto più coerentemente in sintonia con l’attuazione dello stesso. Si precisava che le indicazioni contenute nel documento rappresentano priorità formative regionali a cui le Direzioni devono far riferimento nella programmazione dell’offerta formativa aziendale. Si invitavano, pertanto, le Direzioni ed i responsabili degli Uffici Formazione ad elaborare il Piano Aziendale della Formazione (PFA) dell’anno 2005, nel quale la quota prevalente del numero di ore di offerta formativa fosse costituita da Progetti Formativi Aziendali ed Eventi Formativi aventi come obiettivo principale una priorità regionale indicata dall’elenco allegato. Tra le 41 priorità programmatiche da garantire nei PFA sono stati inseriti i seguenti obiettivi:
- Appropriatelyzza nella domanda di prestazioni radiologiche nell’assistenza Specialistica
 - Appropriatelyzza nella domanda di prestazioni diagnostiche nell’assistenza Specialistica
 - Organizzazione dei programmi di screening oncologici
 - Redazione di percorsi diagnostico-terapeutici per i tumori intestinali, polmonari, della mammella, della prostata e ginecologici
 - Elaborazione del progetto di prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile
 - Organizzazione dei progetti di prevenzione dei tumori della sfera genitale maschile
 - Organizzazione dei progetti di diagnosi precoce del carcinoma mammario
 - Studi di sperimentazione dei MMG sulle malattie cardiovascolari
 - Realizzazione dei Progetti per la prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile
 - Realizzazione dei Progetti di diagnosi precoce del carcinoma mammario
 - Realizzazione dei Progetti prevenzione tumori sfera genitale maschile
 - Assistenza oncologica nei vari stadi secondo Linee Guida e protocolli EBM
 - Diagnostica radiologica in oncologia

Inoltre, con successiva nota dell’AReS n. 60 del 7 gennaio 2005, destinata ai Direttori Generali delle AA.UU.SS.LL., AA.OO., II.RR.CC.CC.SS. e EE.EE ed ai relativi Dirigenti Responsabili degli Uffici Formazione si comunicava che l’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), in collaborazione con la Società Italiana di

Radiologia Medica, l'Associazione Italiana di Medicina Nucleare e l'Associazione Italiana di Neuroradiologia, aveva elaborato il testo di "Linee Guida in diagnostica per immagini" concentrando la propria attenzione su tre aspetti fondamentali: la giustificazione della richiesta di immagini (e, quindi, l'appropriatezza), la radioprotezione ed il contenimento della spesa.

Nella riunione tenuta presso l'A.Re.S. in data 04.11.04, le segreterie regionali delle succitate Società Scientifiche avevano proposto il recepimento da parte della Regione delle "Linee Guida di diagnostica per immagini" e la definizione di un programma di formazione, definito dalle stesse e dalle Università degli Studi di Bari e di Foggia, per la diffusione delle predette linee guida e la formazione dei professionisti che in ogni azienda provvederanno a svolgere l'attività di docenza.

La predetta attività formativa si inseriva nella programmazione regionale come si evince dalla nota prot. 4169 del 5 ottobre 2004 nella quale si indicava, tra le aree formative prioritarie per l'anno 2005 correlate all'attuazione del PSR, l'appropriatezza nella domanda di prestazioni radiologiche.

Si faceva presente che la diffusione delle linee guida rappresentava l'obiettivo di questo progetto formativo aziendale e, pertanto, si invitava ad inserire nel Piano Aziendale di Formazione tale iniziativa, individuando come destinatari di tale processo formativo i dirigenti medici delle strutture dell'area radiologica ed i dirigenti medici dell'area critica.

- 4) **Potenziamento dei CUP.** In ottemperanza alla citata DGR n. 572 del 17.4.2003, con le determinazioni dirigenziali del n. 461 del 20.11.2003 e n. 264 del 18.5.2004 sono state erogate alle AA.UU.SS.LL. ed AA.OO. le risorse previste per il potenziamento dei CUP, al fine di garantirne una maggiore efficienza ed un più ampio controllo dell'offerta, al fine di fronteggiare in modo più adeguato la richiesta di prestazioni.

Per perseguire, in modo tendenziale, la riduzione dei tempi d'attesa attraverso il controllo completo della offerta di servizi, tale da consentire una redistribuzione della domanda tra tutti gli erogatori ed evitare il fenomeno diffuso delle multi-prenotazioni per la medesima prestazione, nella proposta di Regolamento approvata con DGR n. 1356 del 03.09.2004, convertito definitivamente nel Regolamento n. 3 del 15.01.2005, tra i requisiti organizzativi di carattere generale a garanzia dei "DIRITTI DEI CITTADINI, INFORMAZIONE ALL'UTENZA E CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI" (capitolo aggiuntivo rispetto a quelli previsti dal DPR 14.01.97) è stato inserito, tra quelli ulteriori di accreditamento, il seguente:

03 Esplicitazione dei servizi disponibili e delle modalità di accesso ai servizi.

- Ogni Azienda Sanitaria dispone di un Centro Unico di Prenotazione collegato con tutti i servizi territoriali ed ospedalieri che forniscono prestazioni diagnostiche e specialistiche ed ogni erogatore deve essere collegato con il CUP dell'Azienda di riferimento.

In merito alla riorganizzazione del sistema CUP regionale, definita a seguito delle indicazioni contenute nell'Intesa del 28 marzo 2006, si rinvia allo specifico capitolo del presente Piano.

- 5) **Gestione delle liste d'attesa.** Poiché nel corso della prima rilevazione nazionale sui tempi d'attesa effettuata il 21 gennaio 2004 è emerso che in alcune Aziende sanitarie erano ancora presenti "agende chiuse" ovvero erano utilizzate procedure di gestione delle stesse liste tali da configurare una situazione di chiusura di fatto, con note n. 846

del 27.2.2004 e successiva n. 957 del 3.3.2004 entrambe a firma del Dirigente del Settore sanità e del Direttore generale dell'AReS, i Direttori generali delle Aziende Sanitarie sono stati invitati a garantire il superamento delle anomalie riscontrate e sono stati forniti indirizzi di carattere generale per la gestione delle liste al fine di garantire l'accesso alle prestazioni ai richiedenti. A tal fine sono stati effettuati incontri con i referenti aziendali, individuati per il monitoraggio dei tempi d'attesa, al fine di garantire l'applicazione di tali indirizzi. Nel corso della rilevazione del 20 ottobre 2004, il dato riscontrato ha evidenziato una sostanziale riduzione del fenomeno relativo alla diffusione delle agende chiuse precedentemente registrato. Si segnala, peraltro, che nella proposta di Regolamento approvata con DGR n. 1356 del 3.9.2004, convertito definitivamente nel Regolamento n. 3 del 15. 1.2005, tra i requisiti organizzativi di carattere generale a garanzia dei "DIRITTI DEI CITTADINI, INFORMAZIONE ALL'UTENZA E CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI" (capitolo aggiuntivo rispetto a quelli previsti dal DPR 14. 1.97) sono stati inseriti, tra quelli ulteriori di accreditamento, i seguenti requisiti:

03. Esplicitazione dei servizi disponibili e delle modalità di accesso ai servizi.

L'Azienda definisce modalità per dare informazioni agli utenti e dichiara i propri impegni nei loro confronti e per ogni presidio devono essere garantite informazioni relativamente a:

- orari delle attività ambulatoriali, modalità di prenotazione e tempi di attesa;
- modalità per l'inserimento nelle liste d'attesa per il ricovero;
- procedure relative all'accesso (con particolare attenzione all'indicazione dell'eventuale preparazione per l'esecuzione delle indagini diagnostiche, della documentazione da presentare all'accesso da parte degli utenti, ecc.);

e tra i requisiti ulteriori relativi a "GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA', LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI", il seguente:

07 Documentazione delle attività di supporto.

Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);

- 6) **Informazioni sulla disponibilità di servizi.** Un aspetto di particolare criticità del fenomeno "liste d'attesa" è rappresentato dal fatto che i cittadini sono spesso disinformati circa l'offerta di servizi. Uno dei primi risultati che si sono ottenuti, già nel corso del secondo semestre del 2003, grazie alla diffusione di apposite Linee guida per gli URP (documento denominato "Cassetta degli attrezzi per gli URP", emanato con circolare n. 3907 del 09.09.2003 a firma congiunta del D.G. dell'AReS e del Dirigente del Settore Sanità dell'Assessorato), in cui sono contenute procedure per l'informazione sui servizi e sulle modalità di raccolta dei reclami, è stato l'incremento numerico dei Punti informazione dislocati nelle UU.SS.LL., con la finalità di favorire i processi di orientamento dei cittadini nell'accesso alle strutture erogatrici. Successivamente, con DGR n. 618 del 22/6/2004 è stato istituito e reso operativo dall'ottobre 2004 un Call Center regionale che sia telefonicamente che on-line (sito www.sanita.puglia.it) fornisce informazioni sulle prestazioni erogate, modalità di accesso, orari di apertura e di prenotazione relative a tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati di tutta la regione. Il Call Center è, inoltre, in collegamento con gli

Uffici Relazioni con il Pubblico di tutte le Aziende sanitarie per l'aggiornamento continuo dei dati e l'eventuale trasmissione di segnalazioni ricevute. Il Call Center è accessibile con numero verde pubblicizzato presso tutte le Aziende sanitarie, gli organi di informazione e le Carte dei servizi aziendali pubblicate. Attraverso un'informazione puntuale agli utenti sull'offerta di servizi, si attende il risultato di favorire una più omogenea distribuzione delle prenotazioni presso tutti i punti d'erogazioni presenti sul territorio, considerato il fatto che attualmente i CUP controllano poco più della metà dell'offerta complessiva di prestazioni e su quelle orientano la domanda, contribuendo a generare il fenomeno delle liste d'attesa. Rilevante, quale indicatore indiretto di una tendenza positiva, è, comunque, il dato registrato per quanto riguarda il decremento, che si è verificato criticamente nel corso del secondo semestre del 2004, dei reclami/segnalazioni circa le "Difficoltà di contatti telefonici" presentate dai cittadini (si rinvia alla descrizione del paragrafo successivo Partecipazione dei cittadini e controllo sulla funzionalità dei servizi).

- 7) **Modalità di Accesso alle prestazioni e Distribuzione dell'offerta di prestazioni.** A seguito dell'attivazione del Call Center regionale (vedi paragrafo precedente) è stata effettuata un'indagine circa le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero, che ha evidenziato che vi è una forte disomogeneità nelle procedure aziendali e dei responsabili della gestione delle liste, con fenomeni, anche, di scarsa trasparenza, per cui si è evidenziata la necessità di adottare Linee guida per la tenuta dei registri di attesa per il ricovero in tutte le Aziende sanitarie per garantire l'omogeneità delle procedure e l'evidenza dei dati utilizzabili ai fini dei flussi informativi. Sempre utilizzando la banca dati del Call center è stata censita la mappa dei servizi nel territorio regionale e la disponibilità oraria di attività specialistica ambulatoriale fornita dagli erogatori, anche al fine di valutarne l'efficienza e di garantirne il riequilibrio.

In merito alla riorganizzazione funzionale del Call Center regionale, anche in relazione all'attività di prenotazione delle prestazioni, si rinvia allo specifico capitolo relativo alla riorganizzazione del sistema CUP regionale.

- 8) **Partecipazione dei cittadini e controllo sulla funzionalità dei servizi.** Gli Uffici Relazioni con il Pubblico (normati dall'art. 12 del decreto legislativo 29/93, dalla Circolare del MFP n. 17 del 27-4-'93, dal DPCM del 11-10-94, dal DPCM del 19-5-1995, dalla L. 273/95 e, da ultimo, dalla L. 150/2000) sono la struttura organizzativa voluta dal legislatore per veicolare il processo di ammodernamento delle Pubbliche Amministrazioni, alle quali si voleva imporre il superamento dell'autoreferenzialità di tipo burocratico-amministrativo ed il recupero di una reale centralità del cittadino e del suo ruolo di committente.

La forte riorganizzazione che sta investendo il Servizio Sanitario impone lo sviluppo delle funzioni dell'URP, poiché è indispensabile:

- Informare i cittadini sulla nuova allocazione ed organizzazione dei servizi, allo scopo di garantire l'orientamento ed il diritto di scelta;
- Comunicare ai cittadini il processo di trasformazione in atto, rafforzando la funzione di ascolto e di tutela;
- Garantire la partecipazione dei cittadini, per il tramite delle loro associazioni, per conoscere i loro bisogni ed i punti di criticità del sistema.

L'Assessorato alla Sanità e l'Agenzia Regionale Sanitaria hanno favorito tale processo di sviluppo degli Uffici Relazioni con il Pubblico, supportando e monitorando le azioni delle Direzioni Generali e rafforzando i profili di professionalità impegnati a gestire i suddetti Uffici. Tale processo di sistematico supporto e controllo delle attività svolte ha preso avvio con l'elaborazione di strumenti minimi di lavoro, individuati nella citata "Cassetta degli attrezzi per gli URP" (per visione www.arespuglia.it), in ragione della loro caratteristica di strumenti di taglio operativo. Le indicazioni fornite con tale documento hanno assunto valore di Linea guida per gli URP aziendali.

Tali indirizzi sono stati emanati per ottemperare all'obbligo di perseguire in maniera sistematica l'obiettivo della qualità dei servizi, sicuramente sotto il profilo dell'efficienza e dell'efficacia, ma principalmente avendo riguardo ai cittadini, assi centrali del sistema. Tale obiettivo può essere raggiunto pianificando un approccio sistematico e coerente che individui strumenti e strutture organizzative.

In base alle indicazioni fornite in tali linee guida, in tutte le Aziende Sanitarie è stata promossa l'adozione del Regolamento di Pubblica Tutela, l'attivazione dei Comitati Consultivi Misti (quale strumento per garantire la partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs 502/92 e s.m.) e della Commissione Mista Conciliativa.

Nel documento sono state fornite indicazioni per la raccolta dei reclami e disservizi presentati dagli utenti secondo procedure comuni ed omogenee, in relazione sia alle modalità di raccolta che di classificazione delle segnalazioni. Si tratta di 8 macrocategorie di reclami, suddivise in 37 subcategorie (la subcategoria "Liste d'attesa lunghe" è inserita nella macrocategoria n. 4 "Tempestività e puntualità"). All'Agenzia Regionale Sanitaria, sono stati forniti i dati relativi ai reclami presentati, a regime dal 2004 con cadenza trimestrale (si segnala che nel corso degli ultimi due trimestri del 2003 si è proceduto ad una sperimentazione regionale per testare il sistema informativo). Ciò ha consentito di ottemperare pienamente al rispetto dell'indicatore di qualità previsto dal sistema di garanzia dei LEA, di cui al DM 12.12.2001, che prevede il calcolo dei reclami presentati sulle liste d'attesa sul totale dei reclami. Tale indicatore mostra che la percentuale di essi è pari, nel 2004, al 12,41% sul totale dei reclami (pari a 3.723 su 30.006), con un andamento progressivamente decrescente nel corso dei trimestri (I trim. 983 – II trim. 1040 – III trim. 877 – IV trim. 823), mentre nel 2005 è pari al 11,69% sul totale dei reclami (pari a 2.322 su 19.862) con una distribuzione sostanzialmente omogenea nei trimestri. Si deve, inoltre, considerare che segnalazioni e reclami vengono raccolti, oltre che dagli URP aziendali, anche attraverso il Call Center che li classifica secondo le stesse procedure individuate nel documento prima citato: la distribuzione rilevata per categorie risulta essere sovrapponibile a quella osservata nel campione regionale totale dei reclami/segnalazioni presentati agli URP.

Sempre in materia di monitoraggio dei tempi d'attesa, nel corso del 2004 è stato realizzato un Progetto regionale e si è realizzata una sperimentazione per rilevare la Customer satisfaction dei pazienti ricoverati, funzionale alla rilevazione, fissata dal Decreto Ministeriale 12.12.01, della percentuale di Unità Operative di degenza che hanno rilevato il gradimento dei cittadini, rispetto al totale delle Unità Operative di degenza sul territorio. Si è colta l'opportunità per implementare una metodologia di

indagine strutturata per procedure definite (vedi www.arespuglia.it, link Diritti dei cittadini), al fine di garantire non solo massima attendibilità dei dati rilevati, ma soprattutto uniformità e ripetibilità periodica sul territorio, utilizzando una tecnica di campionamento ai fini della precisione dell'indagine. Il disegno di campionamento proposto prevede una stratificazione su più livelli, finalizzata a produrre statistiche valide a livello regionale (popolazione/universo) e ad effettuare confronti fra le diverse Aziende Sanitarie coinvolte nella ricerca (subpopolazione). Come strumento di ascolto della rilevazione della soddisfazione dei bisogni dei cittadini si è utilizzata la metodologia del "questionario". Gli items che emergono dal questionario permettono di monitorare gli standard di qualità percepita e di costruire una griglia di indicatori (inclusi items orientati ad indagare il fenomeno tempi d'attesa per il ricovero ospedaliero). La selezione degli indicatori rilevanti ai fini dell'indagine è il risultato di un'analisi comparata tra quelli emersi nei più recenti sondaggi effettuati su scala nazionale e quelli previsti per la codifica dei reclami, riportati nel documento elaborato dagli URP regionali ("Cassetta degli attrezzi per gli URP"). Per la somministrazione dei questionari agli utenti è stata utilizzata la Metodica Partecipata, con il coinvolgimento degli operatori delle associazioni di volontariato. A seguito dell'esito positivo della sperimentazione che si è realizzata nell'ultimo trimestre del 2004 nelle UUSSLL BA/3 ed A.O. Policlinico di Foggia, è stata realizzata un'applicazione a regime in tutte le AAUUSSLL ed AO della regione nei primi mesi del 2005.

I report relativi all'andamento trimestrale dei reclami ed alla customer del 2005 sono stati trasmessi alle Direzioni aziendali per le valutazioni conseguenti, anche in sede di Comitato Consultivo Misto.

A fronte dei numerosi impegni assunti dagli URP è emersa l'esigenza, nel corso di questi anni, di potenziare tali strutture in termini di risorse umane, anche in considerazione dell'ulteriore impegno che una politica strategicamente rivolta al contenimento dei tempi d'attesa imporrà nel prossimo periodo.

- 9) **Monitoraggio dei tempi d'attesa (Accordo Stato-Regioni 7.11.2002).** La regione Puglia è presente nel Gruppo tecnico ristretto, costituitosi presso l'ASSR, per il monitoraggio nazionale in ottemperanza agli indirizzi contenuti nell'Accordo Stato-Regioni 7.11.2002, che prevede la rilevazione periodica "ex ante" dei tempi d'attesa relativi alle prestazioni definite critiche nello stesso documento. Sono state effettuate in tutte le AAUUSSLL le rilevazioni del 21 gennaio e 20 ottobre 2004, quelle del 20 aprile e 20 ottobre del 2005 e l'ultima del 27 aprile 2006, secondo il metodo indicato nel Disciplinare tecnico utilizzato in tutte le Regioni e P.A..

Ogni rilevazione è stata preceduta da incontri con i referenti aziendali responsabili di tale rilevazione, per effettuare la necessaria formazione sul Disciplinare tecnico e fornire puntuali informazioni tecniche e procedurali funzionali ad una corretta rilevazione dei dati. Nel corso degli incontri sono stati presentati i dati definitivi dei monitoraggi, con il dettaglio per ciascuna USL della regione, per garantire il necessario ritorno informativo alle direzioni aziendali e consentire le eventuali verifiche e azioni correttive.

Con riferimento all'ambito ambulatoriale, le prestazioni oggetto del monitoraggio, in quanto indicate come critiche a livello ministeriale, sono le seguenti:

1. Ecografia addome
2. Ecodoppler dei tronchi sovra-aortici e dei vasi periferici
3. Esofago-gastro-duodenoscopia
4. RM della colonna
5. TAC cerebrale
6. Visita cardiologica
7. Visita oculistica

Al su citato elenco di prestazioni, il Gruppo tecnico interregionale per il monitoraggio dei tempi d'attesa, nel corso delle attività di rilevazione, ha ritenuto opportuno includere altre 3 prestazioni caratterizzate anch'esse da criticità erogative:

8. visita ortopedica
9. RM dell'encefalo
10. TAC addominale

Infine, con riferimento ai ricoveri ospedalieri, il monitoraggio dei tempi di attesa ha riguardato le seguenti prestazioni:

11. Artroprotesi d'anca
12. Cataratta
13. Coronarografia

L'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 individua, inoltre, gli standard entro cui le elencate prestazioni devono essere erogate.

Tali standard prevedono che gli accessi alle prestazioni ambulatoriali siano garantiti entro 30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni diagnostiche, da garantirsi all'80% delle prenotazioni.

Per le attività di ricovero, l'Accordo prevede:

Prestazione di ricovero	Tempo massimo d'attesa per il 90% dei pazienti	Tempo massimo d'attesa per il 50% dei pazienti
intervento per cataratta	180 giorni	90 giorni
intervento di protesi d'anca	180 giorni	90 giorni
coronarografia	120 giorni	60 giorni

La Regione Puglia, adempiendo alle disposizioni dell'Accordo, ha effettuato l'attività di monitoraggio nei periodi concordati di gennaio 2004, ottobre 2004, aprile 2005 ed ottobre 2005.

Dall'analisi dei dati rilevati è risultato quanto segue:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Percentuale di utenti a cui è stata garantita la prestazione entro lo standard di attesa previsto

	gennaio 2004	Ottobre 2004	Aprile 2005	Ottobre 2005
1. Ecografia addome	90%	90%	91%	84%
2. Ecodoppler dei tronchi sovra-aortici e dei vasi periferici	66%	56%	67%	48%
3. Esofago-gastro-duodenoscopia	95%	89%	79%	79%
4. RM della colonna	77%	77%	71%	86%
5. TAC cerebrale	92%	95%	90%	94%
6. Visita cardiologica	68%	61%	50%	49%
7. Visita oculistica	53%	38%	30%	31%
8. visita ortopedica		64%	71%	59%
9. RM dell'encefalo		76%	64%	75%
10. TAC addominale		93%	81%	90%

PRESTAZIONI DI RICOVERO

Percentuale di utenti a cui è stata garantita la prestazione entro lo standard di attesa previsto

		Gen. 2004	Ott. 2004	Apr. 2005	Ott. 2005
11. Artroprotesi d'anca	180 gg	100%		98 %	92%
	90 gg	89%		83 %	69%
12. Cataratta	180 gg	50%		90%	98%
	90 gg	0		83%	82%
13. Coronarografia	120 gg	0		95 %	96%
	60 gg	100%		86 %	88%

Si segnala, infine, che la regione Puglia ha implementato, tra le poche regioni nel paese che hanno aderito alla specifica raccomandazione contenuta nell'Accordo del 11.7.2002, il campo SDO, obbligatorio, per la registrazione della data di inserimento del paziente nel registro di attesa per il ricovero, che consente la rilevazione "ex post" dei tempi medi d'attesa per tutte le tipologie di DRG's. Questo rientra, peraltro, tra gli adempimenti previsti dal Piano Nazionale per i tempi d'attesa.

- 10) **Focus Group su “Liste e tempi d’attesa”.** La regione Puglia ha organizzato nella giornata del 9.11.2004, su richiesta dell’ASSR, uno specifico Focus Group per discutere sulle problematiche attinenti le “Liste e tempi d’attesa” con gli attori rilevanti del sistema sanitario regionale. A tale iniziativa, che si è realizzata nel contesto del Progetto Mattoni, hanno partecipato il dott. Liva dell’ASSR, dirigenti del Settore sanità e dell’AReS, rappresentanti dei sindacati e del movimento Cittadinanzattiva, delle AA.UU.SS.LL., degli erogatori privati e del servizio informatico regionale. L’incontro è servito a sviscerare tutti i fattori più rilevanti sul tema in ambito regionale, a raccogliere maggiori informazioni sulla realtà regionale dei tempi d’attesa e sui flussi informativi, al fine di comprendere ed interpretare i dati raccolti con il monitoraggio e/o migliorarne la metodologia e l’affidabilità, anche attraverso la sollecitazione di proposte innovative.
- 11) **Gruppo di lavoro regionale per la riduzione dei tempi e delle liste d’attesa.** Con nota prot. n. 24/0521/SP del 2 novembre 2005 a firma dell’Assessore alle politiche della salute, è stato attivato un Gruppo di lavoro regionale per la riduzione dei tempi e delle liste d’attesa, che dopo una preliminare analisi ed approfondimento delle problematiche inerenti alla questione in oggetto, ha definito un’agenda di lavoro, di cui si riportano le iniziative sviluppate, che rappresentano un’analisi aggiornata sull’attuale situazione ed un punto di riferimento per la pianificazione dell’attività regionale per il prossimo periodo. Nei circa 50 incontri, realizzatisi in questi mesi a cura del Gruppo di lavoro con le delegazioni rappresentanti le Aziende Sanitarie, è stata effettuata una ricognizione generale, per gli ambulatori ospedalieri e distrettuali, circa l’organizzazione dei CUP aziendali, i tempi di attesa, le dotazioni di personale e di strumentazione, l’accessibilità ai servizi e le prestazioni erogate.

L’analisi della situazione attuale, in gran parte compiuta, ha consentito l’identificazione di alcuni aspetti suscettibili d’intervento:

- Controllo della domanda
- Razionalizzazione dell’offerta
- Organizzazione del lavoro
- Implementazione di risorse umane e strumentali
- Eventuale ricorso a forme d’incentivazione.

CONTROLLO DELLA DOMANDA

Per ciò che riguarda il versante del controllo della domanda, centrale è il problema dell’appropriatezza prescrittiva: si registra un elevato ricorso a prestazioni, particolarmente quelle strumentali, ad elevata tecnologia e ad alto costo, che non sono aderenti a linee guida validate da società scientifiche e istituzioni.

A titolo esemplificativo, si può citare il riscontro di un elevato numero di prestazioni non appropriate di Risonanza Magnetica Nucleare della colonna lombo-sacrale, così come si evince dai dati relativi (61% di non appropriatezza della richiesta) ad uno specifico progetto di ricerca condotto dall’Unità Operativa di Neuroradiologia del Policlinico di Bari in collaborazione con l’ARES Puglia. In questo caso la percentuale di non adesione è stata quantificata in relazione alle Linee Guida per il dolore lombare emanate a suo tempo dall’ARES.

Per promuovere l’appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche ambulatoriali, nonché per agevolare il cittadino con un percorso assistenziale più lineare e rapido, su indicazione del Gruppo di Lavoro, l’Assessore alle Politiche della

Salute ha emanato, in data 31/1/2006, una circolare che pone in carico a tutti i medici del SSR (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni e specialisti ospedalieri) l'onere della prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, quando viene ravvisata l'indicazione clinica.

La circolare prescrive altresì l'obbligo, recependo peraltro indicazioni normative già esistenti, dell'indicazione del quesito diagnostico o del sospetto clinico; si ritiene questo un passo importantissimo, seppure non sufficiente, nella direzione della continuità tra diversi livelli assistenziali e di un approccio integrato multiprofessionale al paziente.

Il problema dell'appropriatezza è strettamente connesso al problema dell'adesione a linee guida cliniche validate da società scientifiche ed istituzioni.

Sulla base di esperienze nazionali ed internazionali, si ritiene che una buona percentuale di adesione a linee guida cliniche sia il frutto di un lungo e notevole impegno, che non si limiti alla produzione, diffusione e valutazione di linee guida ma che ponga particolare enfasi alla ricerca del consenso tra i professionisti con la diffusione di una cultura dell'appropriatezza.

Sempre nell'ottica del controllo della domanda e dell'appropriatezza clinica è indispensabile la definizione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra prescrittori ed erogatori, anche al fine di definire protocolli per l'accesso differenziato alle prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla base della priorità clinica.

RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA

Per ciò che riguarda la razionalizzazione dell'offerta, centrale è l'organizzazione dei Centri Unici di Prenotazione. Un moderno CUP è uno strumento potente e flessibile per un accesso trasparente ed efficace ai molteplici centri erogatori (ambulatori ospedalieri, poliambulatori distrettuali, ambulatori delle strutture e dei professionisti privati accreditati)

Nella rilevazione effettuata sui CUP aziendali è emersa la diffusa presenza di agende di prenotazione gestite direttamente dai Servizi. Nel caso della libera professione intramuraria è sistematica in tutta la Regione la gestione diretta delle agende da parte dei professionisti; questo rende al momento impossibile un'attività di controllo sull'attività libero professionale intramuraria per la rilevazione della fasce orarie di apertura degli ambulatori, delle prestazioni prenotate ed effettuate, anche e soprattutto ai fini della comparazione con i volumi di attività erogata in regime istituzionale.

Sono stati forniti indirizzi alle aziende per la centralizzazione nei Centri Unici di Prenotazione di tutte le agende di prenotazione, incluse le agende della libera professione intramuraria svolta nelle strutture dell'azienda e della libera professione cosiddetta "allargata" svolta presso gli studi privati. Anche l'attività specialistica ambulatoriale erogata presso gli ambulatori delle strutture e dei professionisti privati accreditati deve essere prenotabile presso i CUP aziendali, al fine di rendere pienamente integrata nel sistema aziendale l'offerta di prestazioni erogate per conto ed a carico del Sistema Sanitario Regionale. Del resto i requisiti di accreditamento prevedono espressamente l'integrazione nel sistema CUP aziendale dell'offerta ambulatoriale delle strutture e dei professionisti accreditati.

Sempre affrontando la problematica dell'integrazione delle strutture private accreditate nel sistema dell'offerta pubblica, è emersa l'esigenza di "dare contenuti" ai tetti di spesa. Fino a questo momento le strutture private accreditate hanno erogato prestazioni sanitarie, per conto ed a carico del servizio sanitario regionale, avendo come unico riferimento il criterio "ragionieristico" dei tetti di spesa. Si rende

indispensabile includere le strutture sanitarie private accreditate nella programmazione aziendale e regionale, definendo, negli accordi contrattuali, sulla base dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento, la quantità di prestazioni “che effettivamente servono al pubblico” per singola tipologia. Questo è essenziale anche per rimodulare l’offerta al fine del contenimento dei tempi d’attesa. Nel corso degli incontri sono stati forniti altresì ai Direttori Generali indicazioni per la stesura di procedure finalizzate al miglioramento della qualità organizzativa dei CUP aziendali, in particolare per:

- a) L’informazione agli utenti su tutti gli erogatori, interni ed esterni che insistono sul territorio dell’Azienda, che eseguono la prestazione richiesta in tempi minori (assegnazione prioritaria del tempo più breve);
- b) La sospensione temporanea delle prenotazioni (ad esempio in relazione a inagibilità temporanea di strumentazione, ad assenze non programmate di professionisti non sostituibili o in relazione ad altre motivazioni);
- c) La pulizia delle liste (revisione periodica delle liste mediante contatto telefonico con il cittadino per conferma dell’appuntamento), particolarmente per le prestazioni maggiormente “critiche” per tempi di attesa;
- d) La differenziazione delle agende in primi accessi e controlli programmati.

Quest’ultimo punto ha sicuramente un impatto anche sull’organizzazione dei servizi, s’inserisce nel più ampio contesto della differenziazione degli accessi sulla base del bisogno assistenziale ed è altresì indispensabile per una quantificazione effettiva dei tempi di attesa.

E’ indispensabile che venga prospettato all’utente il tempo di attesa più breve per la prestazione richiesta e che, solo in un secondo momento, si prenda in considerazione la scelta liberamente espressa dal cittadino. Per tale motivo è opportuno, come anche discusso con i rappresentanti della SVIM Service, che il sistema informativo rilevi il momento della prescrizione, il momento della prenotazione, il tempo prospettato all’utente come più breve, il tempo prescelto dall’utente e il momento dell’erogazione della prestazione. E’ necessario che il tempo d’attesa ex-ante, rilevato in maniera ufficiale ai fini del monitoraggio, debba essere quello prospettato all’utente come più breve.

Per una maggiore efficienza dei CUP aziendali è indispensabile che venga costituito un CUP sovraziendale che, tenendo conto delle esigenze dei cittadini, possa indicare, caso per caso, la sede più opportuna per l’esecuzione delle prestazioni richieste nel più breve tempo possibile, soprattutto per garantire l’accessibilità a prestazioni complesse e/o afferenti a discipline ultraspecialistiche non presenti in tutte le Aziende ovvero a quelle erogate da servizi vicini confinanti con i territori delle UU.SS.LL.. Particolarmente critico è il problema dei flussi informativi che riguardano la specialistica ambulatoriale. Si è constatato, anche nel corso di incontri con rappresentanti della SVIM Service, che il caricamento dei dati è disomogeneo e deficitario.

Su indicazione del Gruppo di Lavoro, è stata emanata, in data 24/2/2006, una nota assessorile nella quale si dispone che i Direttori generali assicurino i dovuti adempimenti affinché sia garantito il completo e corretto inserimento nel sistema informativo regionale di tutti i dati attinenti ai flussi obbligatori, con particolare riguardo alle informazioni che per consuetudine non sono adeguatamente registrate (specialistica ambulatoriale).

Questo, anche in considerazione dell’Intesa Stato- Regioni del 23 Marzo 2005 che stabilisce che il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario è ricompreso

tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento e che il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi costituisce grave inadempienza nel contesto della valutazione dei Direttori Generali ai fini della confermabilità dell'incarico.

Di fatto, il mancato adempimento del debito informativo potrebbe comportare il mancato accesso per la Regione a quote significative di finanziamento.

La quantificazione corretta e completa delle prestazioni è indispensabile anche alla programmazione ed organizzazione aziendale, sia ai fini dell'assegnazione di obiettivi prestazionali e di risorse ai responsabili delle articolazioni interne, sia ai fini della comparazione dell'attività effettivamente erogata con l'attività potenzialmente erogabile, per impostare una riprogrammazione dell'organizzazione del lavoro, indirizzata anche al contenimento dei tempi di attesa.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO - IMPLEMENTAZIONE DI RISORSE UMANE E STRUMENTALI - EVENTUALE RICORSO A FORME DI INCENTIVAZIONE

La ricognizione effettuata raffrontando le dotazioni di personale e di strumentazione con i volumi prestazionali erogati ha dimostrato chiaramente che, in numerose situazioni, una riorganizzazione del lavoro, unitamente ad un uso più ampio della strumentazione già in dotazione, può consentire una maggiore efficienza operativa.

Nel corso degli incontri con le delegazioni aziendali si è constatato un ricorso diffuso e talora ingiustificato all'applicazione di incentivazioni previste dagli istituti contrattuali.

E' opportuno precisare che, dal punto di vista normativo, l'applicazione di istituti incentivanti è subordinata alla verifica sull'effettivo raggiungimento degli obiettivi prestazionali assegnati in sede di attribuzione del budget.

Peraltro, in alcune discipline ed in alcune strutture, si rende effettivamente necessaria, stante la penuria di personale e la vetustà ed inadeguatezza delle strumentazioni, un piano di investimenti e/o l'applicazione di istituti incentivanti, previa verifica sull'utilizzo di fondi già stanziati.

A titolo esemplificativo il Gruppo di Lavoro ha constatato situazioni paradossali, per cui alcune Unità Operative, pur in presenza di risorse adeguate, non effettuano prestazioni ambulatoriali, esprimendo tutto il debito orario nell'assistenza ai ricoverati. In altri casi l'attività ordinaria è svolta solo nelle ore antimeridiane, mentre nelle ore pomeridiane è espletata solo attività d'urgenza con servizio di guardia, a fronte di una dotazione organica che consentirebbe la copertura delle 12 ore diurne con piena utilizzazione delle macchine.

Nella valutazione di questi dati il Gruppo di lavoro ha sollecitato i Direttori Generali ad un maggiore controllo e, soprattutto, ad una applicazione di modelli che determinino una "sana" organizzazione. Su questo argomento, sicuramente il più difficile da affrontare, è evidente che l'applicazione delle norme ha incontrato, incontra e incontrerà difficoltà a causa di atteggiamenti corporativi che difendono privilegi acquisiti da tempo e che male accettano interventi da parte di organi pubblici. E' molto più consono all'interesse privato di alcuni professionisti non sviluppare pienamente l'attività ambulatoriale istituzionale, al fine di svolgere la stessa in termini di attività libero professionale.

Con il pretesto delle liste d'attesa, alcune veramente scandalose, tutte le Aziende hanno adottato, ai fini del contenimento, forme d'incentivi, con l'acquisto di prestazioni da parte dei propri dirigenti. L'acquisto di tali prestazioni dovrebbe essere consentito solo dopo la verifica dell'adempimento del debito orario e dell'erogazione dei volumi istituzionalmente dovuti.

B. TEMPO MASSIMO PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'Intesa del 28 marzo 2006 stabilisce che i tempi massimi d'attesa debbano essere definiti a livello regionale per le prestazioni individuate a partire dall'esperienza di monitoraggio dei tempi di attesa, svolte nelle regioni in attuazione dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002, del DPCM 16 aprile 2002 e dell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, rispetto alla criticità nei tempi di erogazione e/o al loro particolare impatto sulla salute dei cittadini e sulla qualità dei servizi. L'elenco sarà rivisto annualmente con Intesa tra Governo e Regioni ai sensi dell'articolo 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 nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);
- b) prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale;
- c) in settori ad alta complessità tecnologica, per le quali, al contrario, si rileva un frequente ricorso inappropriato, a fronte di un costo elevato delle stesse;
- d) in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali.

L'elenco è suddiviso nelle seguenti aree:

- A. Area Oncologica
- B. Area Cardiovascolare
- C. Area Materno Infantile
- D. Area Geriatrica
- E. Visite specialistiche di maggior impatto
- F. Altre Prestazioni

Sono da intendersi non incluse le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva per le quali i medesimi piani regionali abbiano previsto modalità di offerta attiva e di fissazione degli appuntamenti. Per le prestazioni dell'elenco al punto 3 nell'Intesa citata - che vengono contrassegnate in grigio - viene data la possibilità alle regioni di rinviare l'inserimento nei piani attuativi, alla conclusione di un'attività di monitoraggio da condursi a cominciare dal secondo semestre 2006 e coordinata a livello nazionale dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR).

Nel presente atto viene definito il tempo massimo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, tra quelle elencate nel punto 3 dell'Intesa citata, che possono essere considerate quali prestazioni di primo accesso per la formulazione di una diagnosi nell'ambito di ciascuna delle aree, per le quali, quindi, è più urgente la definizione di un tempo massimo. Per le altre, che sono da considerarsi quali prestazioni di secondo livello nell'ambito di un già avviato percorso diagnostico terapeutico e che sono programmate, generalmente, sulla scorta di un'indicazione posta dallo specialista, il tempo d'attesa per la garanzia dell'intero processo di diagnosi e cura sarà definito all'interno di uno specifico profilo di cura, in successivo atto deliberativo di perfezionamento del presente Piano, alla luce dei necessari chiarimenti relativi agli standard cui fare riferimento. Tanto al fine di evitare il rischio di dilatare, in modo incongruo con il bisogno di assistenza, i tempi totali dei percorsi diagnostici in ciascuna delle aree indicate nell'Intesa citata, qualora questi si definissero in base alla somma delle singole prestazioni del percorso.

Per quanto riguarda il tempo massimo d'attesa per le prestazioni individuate in base ai criteri di cui in precedenza, in attesa della definizione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, da recepirsi con specifica Intesa, la regione Puglia stabilisce, in una prima fase, di fare riferimento agli standard già previsti nell'Accordo dell'11 luglio 2002. Tali standard prevedono che gli accessi alle prestazioni ambulatoriali siano garantiti entro 30 giorni per le visite specialistiche (tranne quelle oncologiche per cui sono indicati 15 giorni d'attesa) e 60 giorni per le prestazioni diagnostiche, da garantirsi all'80% delle prenotazioni. Sono, altresì, previste, nel caso siano organizzati accessi secondo criteri di priorità, tre classi con tempi differenziati in relazione alla gravità del problema: classe A entro 10 giorni per tutte le prestazioni, classe B entro 30 giorni per visite e 60 giorni per la diagnostica, classe C entro 180 giorni per tutte le prestazioni. I criteri per l'identificazione delle classi di priorità delle prestazioni ambulatoriali sono riportate in tabella:

CLASSE DI PRIORITÀ	INDICAZIONI
Classe A Corrispondente alla modalità di accesso B della nuova ricetta.	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
Classe B	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
Classe D	La prestazione può essere programmata in un arco di tempo maggiore in quanto non influenza la prognosi il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni

Nello specifico, si definisce che i tempi massimi che le aziende UU.SS.LL. devono recepire sono i seguenti:

- per l'Area A (oncologica), 15 giorni per la visita oncologica e 60 giorni per le prestazioni ambulatoriali a fini diagnostici, ricorrendo, in ogni caso, alla classe di priorità A (massimo 10 giorni per l'accesso, corrispondente alla modalità d'accesso della casella B della nuova ricetta) in caso di sospetto "consistente" (così come definito nella "Proposta metodologica per il monitoraggio dei Percorsi assistenziali complessi con particolare riferimento al Percorso oncologico", riportata nell'Appendice di questo Documento);
- per l'Area B (cardiovascolare), l'Area D (geriatrica) e l'Area E (visite a maggior impatto), 30 gg per le visite e 60 giorni per altre prestazioni (poiché tali tempi includono entrambe le classi di priorità A e B);
- per l'Area C (materno-infantile), 30 gg per le visite, mentre per tutte le altre prestazioni fa riferimento il Decreto Bindi sulla tutela della maternità.

Per le prestazioni sopra elencate, il tempo massimo d'attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito per il 90 per cento dei pazienti, a prescindere dall'individuazione delle priorità d'accesso alle medesime.

In Tabella sono riportati, in dettaglio, l'elenco delle prestazioni ed il tempo massimo definito.

A. Area Oncologica

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
1	Visita oncologica		89.7	15 giorni
Radiologia				
3	Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1 - 87.37.2	60 giorni (10 giorni per la classe di priorità A)
TC con o senza contrasto				
4	Torace	87.41	87.41 - 87.41.1	60 giorni (10 giorni per la classe di priorità A)
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 - 88.01.1	
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 - 88.01.3	
7	Addome completo	88.01	88.01.6 - 88.01.5	
Risonanza Magnetica				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2	60 giorni (10 giorni per la classe di priorità A)
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5	
Ecografia				
10	Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	60 giorni (10 giorni per la classe di priorità A)
11	Mammella	88.73	88.73.2	
Esami Specialistici				
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	60 giorni (10 giorni per la classe di priorità A)
13	Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24	45.24	
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 - 45.16	

B. Area Cardiovascolare

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	30 giorni
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	30 giorni
Ecografia				
27	Cardiaca	88.72	88.72.3	60 giorni

	(Ecocolordoppler cardiaca)			
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	60 giorni
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	60 giorni
<i>Esami Specialistici</i>				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	60 giorni
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	60 giorni

C. Area Materno Infantile

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempo massimo</i>
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	30 giorni

D. Area Geriatrica

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempo massimo</i>
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30 giorni
<i>TC con o senza contrasto</i>				
42	Capo	87.03	87.03 - 87.03.1	60 giorni
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 - 88.38.1	
44	Bacino	88.38	88.38.5	
<i>Esami Specialistici</i>				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60 giorni
46	Spirometria	89.37	89.37.1 - 89.37.2	
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	

E. Visite specialistiche di maggior impatto

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempo massimo</i>
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	30 giorni
51	Visita oculistica	95.0	95.02	30 giorni
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7	30 giorni
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	30 giorni
54	Visita urologica	89.7	89.7	30 giorni

C. ATTI IN MATERIA REGOLAMENTARE PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI E PER LA TENUTA DEI REGISTRI E DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE

Al fine di provvedere all'adozione della disciplina che reca le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici, in attuazione del comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 in materia di divieto alle aziende sanitarie ed ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, l'AReS ed il Gruppo tecnico regionale hanno convocato in data 22 giugno 2006 le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206. Sono stati presentati i programmi regionali e le specifiche previsioni in materia. Nello specifico è stata illustrata la "**Linea Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni**", contenuta nel Documento prodotto dal Mattone "Tempi d'attesa".

Sono, inoltre, individuate, nel presente Piano, le "**Linea Guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili**" e le "**Linea Guida per la gestione dell'accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**", anch'esse contenute nel Documento del Mattone "Tempi d'attesa", in ottemperanza all'obbligo di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri, di cui all'articolo 3, comma 8 della legge 23 dicembre 1994, n.724.

Le Linee guida citate vengono adottate a livello regionale e devono essere recepite dalle Aziende USL e A.O. e dalle strutture pubbliche e private accreditate in accordo contrattuale entro novanta giorni dalla pubblicazione del presente Piano.

Sono riportate in appendice al Piano le seguenti Linee guida:

- 1) "**Linea Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni**"
- 2) "**Linea Guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili**"
- 3) "**Linea Guida per la gestione dell'accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**"

D. INDIRIZZI PER L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA CUP REGIONALE

E' indispensabile, in premessa, chiarire che la proposta di introduzione di un nuovo sistema di prenotazione a livello regionale non presuppone la nascita di un nuovo CUP regionale, che si sostituisca a quelli esistenti. Infatti occorre sottolineare la differenza tra CUP e SOVRACUP regionale.

Mentre per CUP regionale è da intendersi una nuova struttura che unifica, sostituendole, tutte le realtà aziendali esistenti, il SOVRACUP, che è nelle intenzioni della Regione Puglia, si pone come una soluzione di integrazione dei sistemi di prenotazione attuali e futuri (come nel caso di un eventuale passaggio dai CUP aziendali a CUP unificati di livello provinciale). Il SOVRACUP, così inteso, potrebbe consentire di raggiungere gli obiettivi regionali di facilitare l'accesso alle prestazioni senza imporre nessuna variazione tecnologica e contrattuale alle soluzioni informatiche che ogni azienda sanitaria già utilizza, garantendo l'autonomia gestionale nel governo dell'offerta e della domanda. In sostanza, mentre un SOVRACUP può solo garantire la risposta (in termini di prenotazione) alla domanda di prestazioni da qualunque parte del territorio regionale questa sia formulata, il CUP aziendale deve occuparsi anche della, ben più complessa, organizzazione e gestione dell'offerta di prestazioni, in collegamento con tutti gli erogatori. Occorre evidenziare, comunque, che la notevole eterogeneità nella classificazione delle prestazioni e/o nell'organizzazione delle agende o nella adozione di diverse modalità operative, presuppone l'esigenza di omogeneizzazioni e adeguamenti, seppur limitati, sul versante dell'offerta, al fine di realizzare un SOVRACUP. Questo nuovo servizio deve definire l'architettura di un proprio sistema informatico centrale su una logica multi-livello, su cui si sviluppano le diverse componenti di sistema, che potrà consentire di collegarsi ai CUP aziendali, per permettere, agli operatori che lo utilizzeranno, di effettuare direttamente le prenotazioni. Questo significa che gli operatori, che si collegheranno al SOVRACUP, dovranno utilizzare tutti lo stesso programma e la stessa modalità di prenotazione, mentre il sistema centrale (che l'operatore non vedrà) sarà costruito per dialogare con i singoli CUP (e pertanto con i singoli sistemi informatici).

Si è ritenuto necessario evidenziare la differenza tra CUP e SOVRACUP, per valutare il percorso da sviluppare.

L'adozione del Sistema CUP Regionale consentirà di ottenere numerosi vantaggi, fra i quali assumono particolare rilevanza i seguenti:

- favorire la distribuzione della domanda sui punti d'offerta, migliorando la saturazione complessiva e minimizzando la probabilità di lunghe code d'attesa in particolare per le prestazioni ad ampio bacino d'utenza e nelle zone confinanti dei territori dell'AUSL;
- abbattere i vincoli territoriali di prenotazione, consentendo di prenotare prestazioni da un qualunque punto, su una qualsiasi struttura;
- poter meglio monitorare l'offerta complessiva ambulatoriale, così agevolando chi è preposto alla programmazione sanitaria ed al controllo della spesa.

Come è evidente, quanto riportato non serve a chiarire gli aspetti tecnici, amministrativi, procedurali, formali e sostanziali, necessari per giungere alla realizzazione vera e propria del SOVRACUP. Questi aspetti sono già oggetto di valutazione per la definizione della procedura di evidenza pubblica per l'affidamento del progetto. Per quanto concerne le tappe di attuazione, infatti, occorre definire il percorso operativo e le fasi intermedie, i ruoli, le responsabilità dei soggetti interessati ed i tempi di realizzazione.

Nel progetto devono, comunque, essere considerate le seguenti questioni:

1. l'esigenza di definire una procedura per la gestione della richiesta di prenotazione, poiché occorre individuare con precisione i possibili bacini di utenza per le prestazioni da prenotare (in particolare i bacini devono essere dimensionati in relazione alla frequenza e diffusione della prestazione richiesta: un ECG, ad es., deve essere prenotabile in un ambito distrettuale, mentre una RMN anche in ambito provinciale); tanto è necessario per evitare che le prenotazioni siano assegnate presso sedi incongruamente lontane dalla residenza del richiedente, vanificando, di fatto, il diritto all'accesso;
2. le modalità per distribuire le prenotazioni tra le strutture di offerta a gestione diretta e private accreditate, nel rispetto dei modelli gestionali decisi a livello delle singole AUSL e dei tetti di spesa previsti dagli accordi e contratti;
3. le modalità di gestione dell'accesso alle prestazioni, proponendo prioritariamente le strutture con tempi di attesa minori, considerando solo in seconda istanza le preferenze e le esigenze personali del cittadino, in ragione della necessità di dover inserire nei flussi informativi, comunque, il tempo di attesa dell'erogatore offerto e non quello dell'erogatore preferito dall'utente;
4. l'integrazione con il sistema di prenotazione diretta dagli studi dei MMG e PLS;
5. la necessità di definire procedure di accesso alle agende che evitino sovrapposizioni tra CUP aziendale, SOVRACUP ed altri sistemi di prenotazione (Call Center regionale, MMG e PLS, farmacie, ecc);
6. l'indispensabilità di costruire un Catalogo unificato delle prestazioni, in modo da omologare definizioni e dizioni delle singole prestazioni da prenotare nell'ambito regionale;
7. l'individuazione preliminare delle prestazioni che possono essere gestite e di quelle che non possono transitare attraverso il SOVRACUP.

Il progetto si dovrà necessariamente integrare con gli altri progetti in corso di realizzazione, finalizzati a garantire l'accesso alle prenotazioni da parte dei MMG e PLS e l'estensione delle funzioni del Call Center regionale, da quelle informative e di raccolta di segnalazioni a quelle di collegamento con il Sistema CUP Regionale.

E' allo studio un progetto sperimentale di avvio dell'integrazione di una parte dei CUP aziendali già operanti sul territorio regionale, gestiti dallo stesso operatore, al fine di verificarne la fattibilità e i punti di forza e di debolezza di tale ipotesi organizzativa del Sistema CUP Regionale.

E. ADEMPIMENTI DELLE AZIENDE SANITARIE

Entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano attuativo regionale, da parte del 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, le aziende USL adottano un programma attuativo aziendale, che viene inviato all'assessorato alle politiche della salute che esercita le conseguenti verifiche circa la coerenza con gli indirizzi regionali avvalendosi della collaborazione dell'ARes e del Gruppo tecnico regionale.

Le Linee guida adottate a livello regionale con il presente Piano, di cui al punto C precedente, devono, comunque, essere recepite dalle Aziende USL e A.O. e dalle strutture pubbliche e private accreditate, che hanno stipulato contratti con il SSR, entro novanta giorni dalla pubblicazione del presente Piano, con atti regolamentari da trasmettere all'assessorato alle politiche della salute.

Nel Piano attuativo le aziende definiscono le politiche complessive d'intervento per il contenimento dei tempi d'attesa, in attuazione degli indirizzi e degli obiettivi indicati al precedente punto A. Così come previsto in particolare nel Piano nazionale, sono, altresì, definite le procedure per garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva, per velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami, per differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio, per utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione.

Fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il programma attuativo aziendale provvede a recepire i tempi massimi di attesa per le prestazioni, di cui al precedente punto B.

Il programma deve prevedere la specificazione delle strutture nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa sono garantiti, nonché le modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture suddette, utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili, con particolare riferimento alle carte dei servizi, nonché prevedendo la diffusione delle suddette informazioni anche presso strutture di abituale accesso dei cittadini (Call Center regionale, CUP, Punti informativi, farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta etc.).

Per la individuazione delle strutture da inserire negli elenchi aziendali, in relazione alla loro localizzazione, si deve fare riferimento ad alcuni criteri minimi, distinguendo tra le prestazioni di base, caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità, da garantire presso strutture di ambito distrettuale o subdistrettuale, e quelle, caratterizzate da medio-alta complessità e più bassa domanda, da garantire in un ampio bacino d'utenza a livello aziendale. Qualora non fossero disponibili servizi eroganti le prestazioni da garantire, le AUSL definiscono accordi con le AUSL viciniori.

Nel programma, sentite le organizzazioni sindacali e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori, sono definite le 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. Anche sulla scorta di quanto è stato condiviso in sede di consultazione delle associazioni dei consumatori, si formula l'indirizzo per cui non si debbano prevedere forme di ristoro, se non come ultima possibilità, ma che si offrano servizi alternativi aggiuntivi (quali, ad esempio: accompagnamento dell'utente presso strutture in

condizione di erogare la prestazione garantita; attività di preavvalutazione clinica circa l'appropriatezza della prestazione richiesta, anche al fine di tutelare l'utente dai rischi connessi alle prestazioni strumentali; la proposizione all'utente ed al suo medico curante di protocolli alternativi per pervenire alla formulazione della diagnosi, in base a considerazioni di appropriatezza d'uso delle risorse tecnologiche e di evidenze scientifiche; la rivalutazione di eventuali indagini già effettuate che consentano di formulare la diagnosi; ecc)

F. ADEGUAMENTO DEL FLUSSO INFORMATIVO ALLE ESIGENZE DI MONITORAGGIO PREVISTE

In applicazione della lettera e) del comma 280 dell'articolo della legge finanziaria 2006, per 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, nel Piano nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa vengono previsti un monitoraggio di sistema del fenomeno liste di attesa, un monitoraggio specifico delle prestazioni di cui al punto B precedente, e di quelle che saranno ulteriormente aggiunte all'elenco, ed un monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione. Il monitoraggio di sistema e il monitoraggio specifico sarà gestito direttamente dal Ministro della salute.

Al fine di poter monitorare l'attuazione dell'appropriata erogazione delle prestazioni, il flusso informativo, nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario, deve prevedere una procedura di rilevazione, in grado di differenziare le prenotazioni delle prestazioni in funzione della classe di priorità assegnata e dell'urgenza, ovvero in grado di tracciare le prestazioni incluse nelle aree da garantire entro i tempi massimi stabiliti.

Per meglio garantire la tempestività nell'accesso alle prestazioni, in particolare per i pazienti che presentano situazioni più critiche relativamente a stato di salute e/o di sofferenza, è opportuno prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità definite in coerenza con i criteri indicati a livello nazionale per governare l'accesso alle prestazioni, come già indicato dall'Accordo dell'11 luglio 2002 e come sarà raccomandato dalla costituenda Commissione nazionale per l'appropriatezza, anche per permettere, a livello di monitoraggio, di differenziare le prenotazioni in funzione della classe di priorità assegnata.

In attesa di futuri sviluppi dei sistemi informativi, che permetteranno rilevazioni sistematiche dei dati sui tempi di attesa in modalità continua, il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali si deve basare sulla rilevazione trimestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale a partire dal 1 gennaio 2007. In una prima fase il periodo indice farà riferimento ad un'unica giornata; successivamente diventerà settimanale.

Al fine di garantire il monitoraggio sistematico, deve essere ridefinito il flusso informativo sia in fase di prescrizione delle prestazioni ambulatoriali sia in fase di organizzazione dei CUP sia in fase di restituzione del debito informativo da parte delle strutture al SISR. A tal fine, nell'immediato si deve fare riferimento almeno alle informazioni definite "necessarie" nella "Linee Guida per la gestione dell'accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale", di cui al punto C precedente.

Inoltre, il Piano Nazionale prevede il monitoraggio di prestazioni che, essendo correlate ad aree nosologiche definite, presuppongono la formulazione del sospetto diagnostico. Il sistema, infatti, deve essere in grado di distinguere una Mammografia richiesta per sospetto tumore della mammella da quelle effettuate per altre motivazioni (mastiti o altra patologia non oncologica), così come l'ecografie addome per sospetto tumore epatico da tutte le altre. Poiché, attualmente, dai flussi informativi non può essere rilevato il sospetto diagnostico, per migliorare la tracciabilità delle prestazioni da sottoporre al monitoraggio specifico previsto, si deve garantire una specifica procedura a cura del prescrittore. Quest'ultimo, oltre a riportare nell'apposita riga la prevista descrizione del sospetto clinico, segnala la prestazione inserendo

il codice "G" nel campo 16 della nuova ricetta. Con questa procedura verrà definita in modo univoco la prestazione "garantita" nei tempi massimi prescritti, poiché inclusa nell'elenco del precedente punto B. Ciò facilita enormemente il riconoscimento della prestazione da parte del CUP, ai fini del tempo da assegnare, e la rintracciabilità del dato registrato nel SISR.

In prima applicazione, nell'anno 2006, tenuto conto della sperimentazione già condotta, le prestazioni ambulatoriali da monitorare sono le seguenti: ecografia addome, ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici, esofago-gastro-duodenoscopia, RMN della colonna, RMN cerebrale, TAC cerebrale, TAC dell'addome, all'interno delle aree di priorità definite sopra, visita cardiologica, visita oculistica, visita ortopedica.

A partire dal 1 gennaio 2007 il numero di prestazioni da monitorare verrà incrementato, nell'ambito dell'elenco delle prestazioni da garantire, secondo un protocollo definito con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Sono oggetto di verifica esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto 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 a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessitano di approfondimento), i controlli successivi, le prestazioni di screening.

Per quanto attiene alla rappresentazione dei risultati dei monitoraggi, si utilizzeranno le metodologie già validate negli anni scorsi dal Gruppo Tecnico istituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. I risultati del monitoraggio saranno validati dal Comitato ex art. 9 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

Per quanto attiene ai ricoveri, la rilevazione sarà effettuata con cadenze e procedure, da definire a livello centrale, in modo simile a quanto già attuato nelle sperimentazioni svolte.

Il comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 stabilisce che alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001. Di tutte le sospensioni va informato, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 122 del 27 maggio 2002. A tal fine, le strutture erogatrici hanno l'obbligo di comunicare all'assessorato alle politiche della salute ed all'AReS, con la stessa cadenza semestrale, tutti gli episodi registrati di sospensione dell'erogazione delle prestazioni, così come indicato nella specifica "Linea Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni", di cui al precedente punto C.

G. LA PREVISIONE DEGLI ATTI SUCCESSIVI CHE CONTRIBUIRANNO AL PERFEZIONAMENTO DEL PRESENTE PIANO, ALLA LUCE DEI NECESSARI INDIRIZZI DI CARATTERE GENERALE CHE SARANNO EMANATI A LIVELLO NAZIONALE.

La Giunta si riserva di integrare il presente atto alla luce degli elementi necessari a dirimere le criticità segnalate dalle regioni in sede di confronto con lo Stato, che sono state elencate in premessa, in particolare, per garantire la piena coerenza degli interventi alle specifiche linee guida che emanerà il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, incaricato di valutare i piani attuativi regionali.

Le sanzioni economiche previste per i responsabili delle sospensioni delle prenotazioni saranno individuate alla luce dei criteri che saranno stabiliti dalla costituenda Commissione Nazionale sull'appropriatezza. Inoltre, la Commissione Nazionale sull'appropriatezza produrrà le Linee guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni e delle forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle medesime, a cui rendere coerenti le scelte in materia in ambito regionale.

Potranno essere, altresì, ulteriormente specificati i criteri in base ai quali le aziende sanitarie individuano le strutture presso le quali si garantisce al cittadino l'accesso entro i tempi massimi indicati dalla Regione

Oltre a perfezionare il Piano regionale in coerenza e sulla scorta delle linee guida e dei chiarimenti attesi rispetto alle criticità sopra segnalate, nella seconda DGR, per le prestazioni considerate quali indagini successive nell'ambito di specifici percorsi diagnostico terapeutici di ciascuna area (provvisoriamente espunte dall'elenco di cui al punto 3 dell'Intesa), dovranno essere individuati i tempi complessivi per la garanzia dell'intero processo di diagnosi e cura, in coerenza con i parametri temporali che saranno determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

PIANO REGIONALE SUI TEMPI D'ATTESA

APPENDICE

- 1) "Linea Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni"**

- 2) "Linee Guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili"**

- 3) "Linee Guida per la gestione dell'accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale"**

- 4) Proposta metodologica per il monitoraggio dei Percorsi assistenziali complessi, con particolare riferimento al percorso oncologico** (stralcio dal Documento del Mattone Tempi d'attesa)

1) "Linea Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni"

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 artificialmente 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-appuntamenti, 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.

2) “Linee guida 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.

Informazioni inerenti al paziente	Rilevanza
<i>a) Nome 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 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>
Informazioni gestionali	Rilevanza
<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 del paziente nella 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 esterno 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.).

3) “Linee guida per la gestione dell’accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale”

Premessa

Obiettivo di questo documento è definire le informazioni necessarie per la rilevazione sistematica dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Pertanto, non saranno qui affrontati gli aspetti relativi all’insieme complessivo delle informazioni necessarie alla gestione esaustiva dei flussi informativi inerenti alle prestazioni ambulatoriali, ma solo quelle relative al monitoraggio dei tempi.

La struttura del capitolo nella prima parte espone sinteticamente, relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, la descrizione del percorso del paziente (dalla rilevazione di un possibile problema di salute, al ritiro del referto della prestazione ricevuta) con l’analisi delle diverse componenti dei tempi di attesa, mentre nella seconda parte propone una serie di informazioni che devono essere acquisite per consentire una adeguata valutazione dei tempi di attesa. È evidente che questi dati richiedono una raccolta sistematica, puntuale ed affidabile, oltre che confrontabile con realtà diverse (aziendali, regionali, nazionali).

Lo scopo del capitolo è quindi l’identificazione di pochi ed essenziali dati necessari per la rilevazione dei tempi di attesa a livello di sistema.

La presenza sempre più diffusa di sistemi informatizzati per la gestione delle attività ambulatoriali (non limitati alla sola attività di prenotazione) rende oggi le attività di monitoraggio molto più realizzabili, e l’evoluzione che si prospetta nell’arco di pochi anni renderà ancora più semplice e tempestiva la disponibilità di tutti i dati necessari alle diverse funzioni di sistema. Particolare attenzione, in questo senso, dovrà essere posta alla qualità dei dati ed alla leggibilità/comparabilità tra sistemi informativi diversi.

L’inserimento sistematico di alcuni campi nel sistema informativo delle prestazioni ambulatoriali, permetterà di avere la disponibilità delle informazioni essenziali per svolgere le verifiche necessarie sui tempi di attesa. È evidente che, a fronte delle migliaia di tipi di prestazioni ambulatoriali erogate dal SSN, è opportuno che le verifiche sui tempi di attesa si concentrino su di un numero limitato di prestazioni, scelte tra quelle che presentano criticità od assumano particolare significatività; per la diagnostica, le rilevazioni potrebbero

concentrarsi su alcune prestazioni “sentinella”, che possano essere espressione di insiemi più ampi di attività. A tale proposito, il nuovo Piano nazionale approvato il 28 marzo 2006 ha definito l’elenco delle prestazioni che dovranno essere progressivamente oggetto di monitoraggio.

Il set di informazioni che viene proposto può essere implementato per gradi progressivi, valutando con attenzione fino a che limiti di conoscenza la utilizzazione delle quote parziali di informazioni attivate consente di spingersi nella analisi del fenomeno.

Le dimensioni dei tempi di attesa e la gestione dell’accesso

Le liste di attesa descrivono la redistribuzione delle potenzialità erogatrici di una struttura sanitaria, riferite ad un determinato ambito territoriale od ad una singola struttura; la rilevazione del tempo di attesa fornisce la misura dell’accessibilità da parte dei cittadini alle prestazioni in quel ambito territoriale o in quella struttura.

La rilevazione del tempo di attesa effettivo (detto anche tempo “retrospettivo” o “vero”) ha lo scopo di rilevare informazioni funzionali a leggere i risultati della programmazione attuata in un determinato ambito territoriale o di struttura.

Il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il tempo in cui il paziente riceve la prestazione. Tuttavia, per una lettura più esauriente del problema, vanno considerati anche alcuni altri aspetti.

Come illustrato nella figura riportata più sotto, per il cittadino il percorso inizia in realtà nel momento in cui percepisce un malessere che viene identificato come un possibile problema di salute (chiamato tempo 0 o t_0), a seguito del quale si rivolge al proprio medico di fiducia. Questi, valutato il problema del paziente, ove lo ritenga necessario, può richiedere una prestazione ambulatoriale (visita specialistica, prestazione diagnostica o terapeutica); il momento della richiesta è definito come t_1 , mentre il momento in cui il paziente ottiene la prenotazione per la prestazione è definito come t_2 . Il momento della effettiva erogazione della prestazione è definito come t_3 , e quello della refertazione della prestazione è t_4 .

Tutti questi tempi possono essere influenzati da molti fattori, ma in questo contesto si analizzeranno solo alcuni pertinenti al sistema di prenotazione-erogazione, ed in particolare rilevanti per una valutazione della capacità del sistema di agire in modo efficace, equo, appropriato e tempestivo.

Sono di solito oggetto di osservazione gli intervalli tra il tempo t_2 (prenotazione) ed il tempo t_3 (erogazione), che rappresentano le componenti più significative del percorso, e sono come tali percepite anche dal cittadino. L'osservazione di questo intervallo può permettere una serie di letture e valutazioni, relativamente alla attesa dello specifico cittadino, alla capacità di risposta dello specifico erogatore, alla concentrazione/disponibilità delle prestazioni presso erogatori/territorio ecc.. Queste valutazioni possono essere poi relazionate al cittadino (tutela del diritto all'accesso, garanzia di tempi congrui ecc.) od al sistema (capacità di risposta alla domanda, efficienza produttiva, flessibilità organizzativa ecc.). In merito a questa attesa, è opportuno ricordare l'importanza della sua congruenza con lo specifico problema di salute del paziente, e quindi l'importanza della stratificazione della domanda per classi di priorità.

È opportuno precisare che anche la lettura di questo dato deve considerare aspetti differenti. Infatti, può capitare che il cittadino concentri la sua domanda su specifici centri, ritenuti più affidabili, o più comodi logisticamente; ma, proprio per un sovraccarico di domanda, tali centri presentino tempi di attesa lunghi, mentre la prestazione potrebbe essere ottenuta prima presso altre sedi. Premesso che va sempre rispettato il diritto del cittadino sulla libera scelta dell'erogatore, il sistema dovrebbe comunque informare il cittadino sulle possibili alternative. Se nonostante ciò, il cittadino preferisce attendere, di questa scelta discrezionale del cittadino dovrebbe restare traccia nel sistema, al fine di permettere una più esauriente valutazione dei dati.

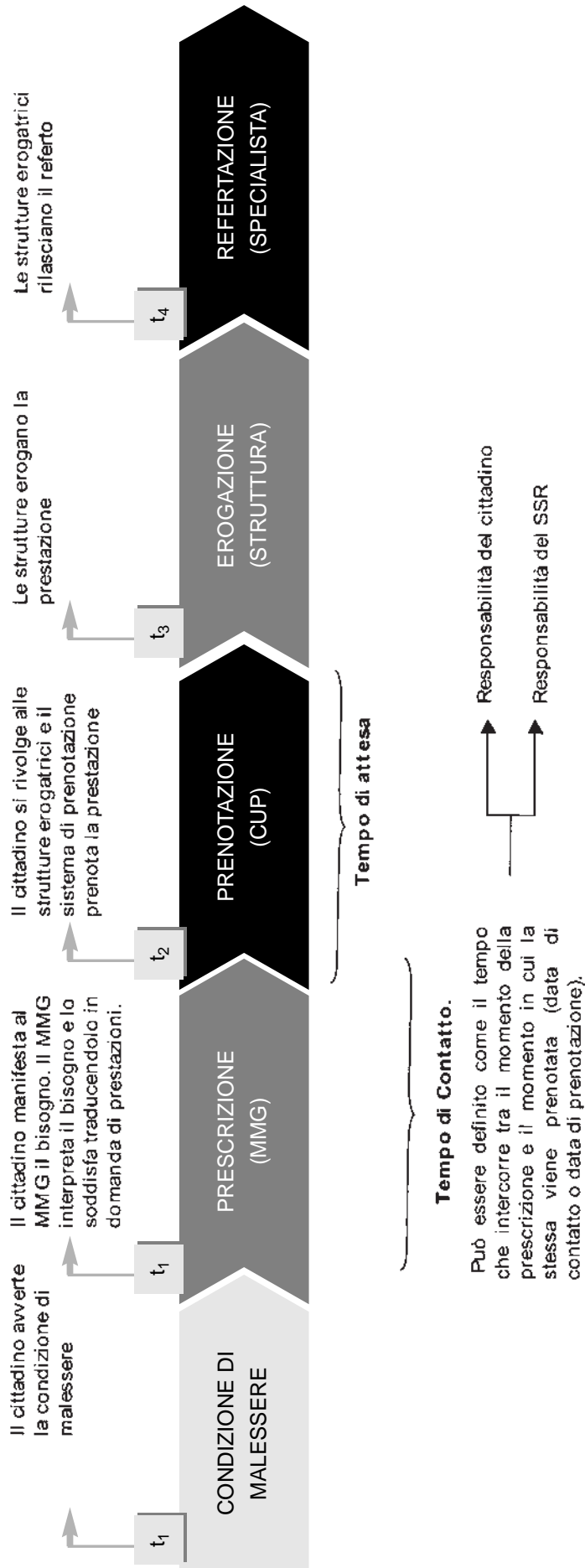
Per altro, nel valutare l'accessibilità, bisogna considerare anche altri aspetti, quali la complessità della prestazione ed il territorio di riferimento. Con ciò si intende dire che è ragionevole prevedere che certe prestazioni complesse o super specialistiche (RMN, visita neurochirurgica) siano concentrate in luoghi definiti e comportino lo spostamento del cittadino per ottenerle, ma non è ragionevole proporre sedi molto distanti per prestazioni di base (es.: visita cardiologica, ecografia dell'addome), seppur formalmente site nel territorio della stessa azienda. Questo problema non è di facile soluzione, ma deve essere considerato e trovare soluzioni ragionevoli di equilibrio tra la tutela del diritto all'accesso del cittadino e l'efficienza del sistema.

Vanno fatte delle considerazioni anche sull'intervallo tra t_1 (prescrizione) e t_2 (prenotazione), definito anche come "tempo di contatto". La lunghezza di questo tempo può essere determinata da comportamenti discrezionali del singolo paziente (sottovalutazione del problema, impegni personali, difficoltà di spostamento), ma l'osservazione attenta del

fenomeno può essere utile per identificare situazioni ove sono invece presenti forti criticità di sistema (ad es.: tempi lunghi in molte sedi che costringono il cittadino ad una lunga ricerca, agende chiuse, scarse informazioni sugli erogatori e le modalità di accesso). Pertanto, la rilevazione di queste informazioni può essere un utile complemento informativo, che può permettere di identificare situazioni che altrimenti sfuggirebbero alla rilevazione e che richiedono invece interventi mirati.

L'ulteriore fase da considerare è l'intervallo tra t_3 (erogazione) e t_4 (refertazione). Per alcune tipologie di prestazioni, dopo l'esecuzione della prestazioni sono spesso necessari molti giorni perché il referto dello specialista sia effettivamente disponibile al cittadino; qui non consideriamo i casi in cui, dopo la iniziale prestazione (ad esempio, un prelievo ematico), è necessario un tempo tecnico di processazione del campione, ovvero di svolgimento reale della attività, che può richiedere diversi giorni. Stiamo invece considerando le frequenti situazioni in cui, per motivi solitamente riconducibili ad inefficienza organizzativa, la refertazione da parte dello specialista avviene in ritardo rispetto alla esecuzione della prestazione, e/o casi in cui ulteriori ritardi si hanno prima che il referto sia effettivamente disponibile per il cittadino.

**PERCORSO DEL CITTADINO PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI:
DALLA MANIFESTAZIONE DEL PROBLEMA AL RITIRO DEL REFERTO**



Metodologia e fabbisogno informativo

Da quanto esposto in precedenza, emerge che, per avere a disposizione le informazioni essenziali per le attività di analisi, valutazione, progettazione e gestione del sistema relativamente al problema dei tempi di attesa, sono necessari alcuni dati, parte dei quali già contenuti negli attuali flussi informativi previsti per le prestazioni ambulatoriali.

Infatti, nel Protocollo d'Intesa tra Ministero della Salute e Regioni sui flussi informativi relativi alle prestazioni ambulatoriali sono già presenti alcune delle informazioni necessarie. Un documento approvato dalla Cabina di Regia in data 18 marzo 2004, conteneva un nucleo minimo di informazioni previsto per la condivisione dei dati relativi alle prestazioni ambulatoriali (Fase 1 – *Scenario transitorio* del Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali), che si articolava nei seguenti flussi informativi:

- *Tracciato 1: Dati anagrafici del paziente, non identificativi*
- *Tracciato 2: Dati relativi alle prestazioni erogate, con prescrittore non identificato*
- *Tracciato 3: Dati di natura economica riepilogativi per contatto*

Nella tabella sottostante si riporta l'elenco dei contenuti informativi che il Gruppo di lavoro ristretto del Mattone "Tempi di attesa" ha ritenuto necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa. Di queste informazioni viene formulato un primo giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelli considerati essenziali per gli obiettivi del monitoraggio (in generale o relativamente alle modalità ex-ante o ex-post) e quelli che, pur non essendo essenziali, sono considerati utili, con gradazioni diverse di significatività, per una più completa comprensione del fenomeno.

Nella parte seguente del capitolo si forniscono precisazioni sul significato, valore e modalità di interpretazione e utilizzo di alcuni dei campi descritti, mentre per un'illustrazione completa dei significati si rinvia al capitolo "Definizioni".

Campi proposti dal Mattone “Tempi di attesa”	Rilevanza per il Mattone “Tempi di attesa”
Data di prescrizione (t ₁)	Utile
Classe di priorità	Essenziale
Tipo di accesso	Essenziale
Data di contatto (o data di prenotazione: t ₂)	Essenziale
Data di prima disponibilità di erogazione	Utile
Scelta dell'utente	Utile
Data assegnata	Essenziale (ex-ante)
Data di erogazione (t ₃)	Essenziale (ex-post)
Data di refertazione (t ₄)	Essenziale (ex-post)

La “Data di prescrizione” è un’informazione che era già prevista nel documento approvato in Cabina di Regia nel 2004. Si ritiene che questa informazione sia utile soprattutto per il livello gestionale, per intercettare possibili situazioni di criticità nell’accesso e nell’informazione al cittadino relativamente ai luoghi ove potersi rivolgere per ottenere determinate prestazioni. Recentemente il Mattone “Prestazioni ambulatoriali” ha però proposto la sua eliminazione dal tracciato record nazionale. In linea con questa situazione, il gruppo di lavoro ristretto di questo Mattone ritiene che l’informazione non sia essenziale per il flusso informativo nazionale, ma, per i motivi sopra riportati, possa essere utile a livello gestionale. Per altro, le sperimentazioni condotte hanno posto in rilievo come la durata del tempo misurato in questa fase sia fortemente influenzato dalla diffusione nel territorio dei punti di accesso al sistema, potendo essere trascurabile ove questi siano molto diffusi (sedi di distretti, farmacie, MMG ecc.) e, al contrario, critico in aree rurali o montane senza la capillarità dei punti di accesso.

Delle classi di priorità e della data di contatto si è già trattato in precedenza.

Il campo “Tipo di accesso” identifica se si tratta di un primo accesso o di un secondo accesso. Questa informazione è particolarmente critica sotto il profilo della corretta rilevazione dei tempi di attesa, soprattutto perché presuppone una sostanziale modificazione delle modalità di accesso dell’utente ai servizi. In sostanza oggi dopo la prima prescrizione (normalmente da parte del medico di medicina generale) ed eseguita la relativa prestazione, nel caso in cui l’utente

necessiti di una ulteriore prestazione (di approfondimento o completamento) viene di norma rinviato al medico di medicina generale perché provveda ad effettuare una nuova prescrizione. Tale comportamento genera un improprio onere nei confronti dell'utente, ma determina anche una perdita nel tracciamento del percorso dell'utente, poiché non si riesce ad evidenziare il percorso diagnostico dell'utente stesso tra la fase iniziale di identificazione del suo bisogno e quelle successive ed eventuali. Infatti nel sistema informativo dell'ambulatoriale la permanenza specifica dell'utente nella struttura non è ad oggi possibile; quindi il sistema di raggruppamento delle diverse prestazioni o servizi resi dall'utente non può essere garantito esclusivamente mediante l'apposizione di un codice che lega tali prestazioni o servizi (si pensi ad esempio alla libertà di scelta che caratterizza il rapporto del cittadino con il servizio sanitario nazionale). Il legame deve, al contrario, essere definito mediante una prassi organizzativa che assuma in carico l'utente non solo dal punto di vista sanitario, ma anche da quello organizzativo: ciò significa che le ulteriori prestazioni di cui il cittadino ha eventualmente bisogno devono essere direttamente prenotate dallo specialista che per la prima volta ha preso in carico l'utente stesso. Ovviamente tale modalità deve essere attentamente verificata e regolamentata, per definire quali sono i suoi limiti e le corrette modalità di relazione con i medici di medicina generale. Premesse queste considerazioni, si sottolinea come la segnalazione di un secondo accesso viene generata dallo stesso sistema informativo che è in grado di evidenziare se la prenotazione è generata da un terminale destinato ad uno specialista medico o da un terminale del front line (cioè di quelle destinate a ricevere le prenotazioni di primo accesso). La distinzione è essenziale per valutare adeguatamente il problema dei tempi di attesa, ed è intuitiva la consistente differenziazione tra primo accesso e secondo accesso in termini di percezione da parte dell'utente. Con il primo accesso infatti, si deve concretizzare la presa in carico da parte del sistema del bisogno assistenziale dell'utente e quindi esiste un grado maggiore di incertezza da parte dell'utente stesso, mentre per i secondi accessi la presa in carico è già avvenuta e quindi si è attivata la relazione con il professionista che ha preso in carico il paziente con una potenziale diminuzione dell'incertezza da parte dell'utente. In tal senso, ovviamente, la rilevazione del tempo di attesa troverà una differenziazione sostanziale tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso. Vale la pena di ricordare, infine, che tutte le sperimentazioni di monitoraggio sui tempi d'attesa condotte in questi anni si focalizzavano sulle prime visite, e che anche il recente Piano Nazionale richiede il monitoraggio delle sole prime visite.

La data di prima disponibilità è la data di erogazione che il sistema propone all'utente, ma che l'utente per una sua valutazione personale può rifiutare in favore di una data diversa, che rappresenta la data prenotata. Si tratta di una informazione che può fornire il quadro preciso della

potenziale capacità di risposta del sistema alla domanda, ma rispetto alla quale il cittadino ha fatto prevalere il suo diritto alla libera scelta dell'erogatore. L'ambito di riferimento può essere diversificato (distretto, azienda ecc.), ma, considerando che si intende valutare il sistema di offerta, appare ragionevole che la valutazione sia fatta proprio rispetto alla capacità di rappresentazione della stessa da parte del sistema e, quindi, come data disponibile nel sistema stesso. Questa informazione dovrà però essere attentamente valutata in sede gestionale, come detto in precedenza, rispetto alla coerenza tra il livello (prestazione di base, di alta specialità ecc.) e la sede proposta.

L'eventuale numerosità della scelta diversa dalla prospettata deve comunque essere esaminata in modo attento, poiché potrebbe essere sintomo di servizi qualitativamente non adeguati o poco funzionali sul piano logistico/organizzativo (sede, orari ecc.). Questa informazione, come la seguente ("Scelta del cittadino"), non serve specificamente a misurare i tempi, ma aiuta a comprendere meglio i fenomeni ed in particolare quale può essere l'influenza delle scelte del cittadino sulla dinamica dei tempi. Sono elementi utili ad una più completa conoscenza e valutazione dei fenomeni, ma, si badi, non possono essere intesi come strumenti di "assoluzione" del sistema, che invece deve, comunque, cercare di comprendere i motivi di eventuali comportamenti non corrispondenti ai propri modelli di offerta e configurazioni organizzative.

La data assegnata rappresenta la data che il sistema di prenotazione, al termine dei processi decisionali sopra esposti, attribuisce all'utente, ovvero la data nella quale, al momento della prenotazione, si prevede l'erogazione della prestazione. Questa data è indispensabile per le rilevazioni "ex-ante", che, come meglio precisato in altre parti del documento, sono più funzionali alle esigenze gestionali, in quanto è di rilevazione abbastanza semplice e permette di intercettare immediatamente eventuali problemi che venissero a determinarsi. Un limite di questa data è che non sempre corrisponde alla effettiva data di erogazione, potendo questa venire anticipata (per la liberazione di posti grazie alle procedure di pulizia delle liste) o ritardata (per guasti macchina, malattie professionisti, urgenze ecc.). Inoltre, va considerato che nelle rilevazioni basate su uniche giornate indice, i dati potrebbero non descrivere correttamente la realtà, in quanto il campione degli utenti che si presentano nel giorno indice potrebbe non essere rappresentativo dell'andamento nel corso della settimana. È per questo motivo che si suggerisce di monitorare i dati non in un'unica giornata ma in un "periodo indice", oppure di svolgere una vigilanza sulla coerenza dei dati nel tempo. Per queste diverse motivazioni, si ritiene che la misurazione del tempo di attesa "vero" deve considerare la "data di erogazione" (vedi sotto), che però potrebbe arrivare con molto ritardo rispetto al determinarsi dei problemi.

La data di erogazione è quella in cui la prestazione prenotata viene effettivamente erogata al cittadino. L'informazione rappresenta l'attesa effettiva, ma, ove i tempi siano molto lunghi, può pervenire con un notevole ritardo. Pertanto, ove siano presenti problemi di questo genere, è ragionevole che si svolgano rilevazioni sulle date programmate, al fine di avere informazioni tempestive che permettano alle aziende di intervenire tempestivamente sulle criticità. Comunque, nella logica della verifica dell'effettiva tutela del diritto all'accesso, la data di erogazione è certamente il dato più significativo.

La maggior parte delle prestazioni si completano in una singola azione o data, ma talvolta le prestazioni consistono in cicli (es.: fisiochinesi terapia), "pacchetti" di prestazioni o veri e propri percorsi diagnostici o terapeutici. In questi casi è importante avere informazioni anche sulla data di conclusione del ciclo, in particolare nei casi in cui è previsto che la sequenza delle prestazioni rispetti tempi definiti (ad es.: i pazienti con problemi oncologici).

Per quanto attiene alla data di refertazione, va precisato che si possono considerare momenti diversi:

- data in cui lo specialista predispose il referto: lo specialista può refertare subito dopo l'esecuzione della prestazione, oppure dopo alcuni giorni
- data in cui il servizio rende disponibile il referto alla struttura: è influenzato dal momento della stampa del testo, del controllo e della firma da parte dello specialista, dal tempo impiegato per l'invio ai punti di raccolta e distribuzione dei referti
- data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato: questa data determina il tempo percepito dall'utente, e pertanto dovrebbe essere l'oggetto più appropriato per la rilevazione dal suo punto di vista.

La tipologia e quantità di date presenti e utilizzabili dipende, anche in questo caso, dai modelli organizzativi e dai sistemi informativi presenti. Considerate le difficoltà inerenti a tale misurazione, in una prima fase, dovrebbe però essere disponibile a sistema almeno la data di compilazione del referto da parte dello specialista, essendo questo dato parte intrinseca codificata dell'atto medico, e quindi formalmente garantita in modo più affidabile. Nei casi in cui la consegna del referto è contemporanea all'esecuzione della prestazione, il dato potrebbe anche non essere raccolto; ciò può essere accettato soprattutto dove le procedure non siano informatizzate, e tutto avvenga in modalità cartacea (ad esempio, lo specialista ambulatoriale visita il paziente, scrive la risposta a mano e la consegna direttamente al paziente). Se è prevedibile che, in prospettiva, tutte le attività verranno gestite attraverso sistemi computerizzati, è ragionevole pensare, in una fase iniziale, di non appesantire inutilmente i processi assistenziali ove questo non fornisca dei valori aggiunti. È per altro evidente che le aziende sono tenute a vigilare che la "contemporaneità" tra esecuzione e

refertazione sia effettiva, in quanto, in caso contrario, dovranno provvedere alle opportune azioni per ottenere dati utili al monitoraggio. In prospettiva, l'obiettivo da raggiungere è la capacità di rilevare sistematicamente la data di disponibilità del referto, che potrebbe coincidere con la data in cui il paziente può ritirare la risposta, oppure questa è disponibile in internet o viene spedita via e-mail, ecc..

Conclusioni

L'insieme dei dati descritti in questo documento rappresenta verosimilmente un quadro ottimale per la rappresentazione del fenomeno tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali. Va sottolineato, per altro, che l'attuale evoluzione dei sistemi informativi rende molto reale la fattibilità di queste rilevazioni..

Come detto in premessa, vanno distinte le esigenze di macrosistema (tutela del diritto all'accesso in tempi congrui) da quelle di gestione, potendo le prime avere una periodicità ed un dettaglio limitati, mentre le seconde richiedono maggiori informazioni e, soprattutto, una frequenza più elevata. In ambedue i casi, pur essendo le potenzialità di analisi molto ampie, è ragionevole che le prestazioni sottoposte ad osservazione siano un numero limitato, preferibilmente selezionato per aree di maggiore criticità, come indicato dal recente Piano Nazionale.

Per le diverse tipologie di esigenze, si possono quindi prevedere due diversi approcci:

- il primo basato su una misurazione dei tempi effettivi di erogazione, ovvero modalità che permettano di misurare il tempo che effettivamente il cittadino impiega per ottenere la prestazione, e che quindi si attuano necessariamente dopo che il percorso del paziente si è concluso (rilevazione "ex-post"); questa modalità ci rappresenta il quadro reale e completo (integrato anche con i tempi di disponibilità del referto), ma, specie quando i tempi di attesa sono lunghi (alcuni mesi), può fornire dati con molto ritardo rispetto al momento in cui si è determinato il problema, ed è quindi poco funzionale alle esigenze di un sistema gestionale, mentre risponde bene alle esigenze del sistema generale di verifica dell'effettiva tutela dei diritti del cittadino; per questo tipo di rilevazione sono essenziali cinque informazioni: data di contatto, tipo di accesso, classe di priorità, data di erogazione, data di refertazione;
- il secondo, basato sui tempi di attesa prospettati ai cittadini ("ex-ante"); questa modalità può permettere di avere informazioni puntuali a scadenze ravvicinate ed in tempi brevi, anche se esprime solo il tempo prospettato e non necessariamente quello che sarà il vero tempo di attesa (che di solito è più breve); utilizzato con indagini ad hoc, circoscritte nel tempo e su campioni rappresentativi, permette di avere un monitoraggio quasi costante della situazione, e di attivare conseguentemente le eventuali azioni correttive in modo tempestivo. Questo approccio risponde

bene alle esigenze di gestione efficace del sistema richiede la presenza di cinque informazioni essenziali: data di contatto, tipo di accesso, classe di priorità, data assegnata.

Come si vede, tre informazioni sono presenti in ambedue le modalità di rilevazione (data di contatto, tipo di accesso, classe di priorità), per l'approccio ex-ante serve anche la data assegnata, mentre per l'approccio ex-post sono invece richieste la data di esecuzione e quella di refertazione.

I due tipi di approccio al problema non sono vicendevolmente esclusivi, ma è invece preferibile che siano ambedue attivi, seppur limitatamente ad un set di prestazioni critiche. Rispetto ai contenuti delle informazioni da raccogliere, esse sono le stesse, con l'ovvia eccezione delle date di erogazione e refertazione, mentre le fonti dei dati sono identiche, ovvero i sistemi informativi dei servizi di prenotazione.

4) Proposta metodologica per il monitoraggio dei Percorsi assistenziali complessi, con particolare riferimento al percorso oncologico (stralcio dal Documento del Mattone Tempi d'attesa)

Ipotesi di lavoro proposta dal gruppo di esperti

Nel giugno 2005, presso l'ASSR, sono stati convocati alcuni esperti per discutere una proposta di lavoro per il monitoraggio dei tempi d'attesa nel percorso del paziente oncologico, sulla base delle considerazioni sviluppate in una bozza preliminare di questo documento. Le riflessioni di carattere generale che sono state sviluppate hanno riguardato taluni aspetti metodologici, di opportunità, economicità e di eticità nell'identificazione di un sistema di monitoraggio del percorso oncologico. In particolare, tali riflessioni hanno messo in evidenza che:

1. per la valutazione che investe i livelli centrali, orientata alla garanzia dei LEA per i pazienti oncologici (tempo necessario per la diagnosi, attesa per il primo intervento terapeutico, durata complessiva del processo terapeutico), possono essere utilizzati taluni elementi ricavabili in base ad un metodo deduttivo (ex post), adeguato per un monitoraggio a questo livello del sistema, in attesa che si definisca il NSIS;
2. è necessario individuare gli snodi che caratterizzano ogni profilo di cura e che possano essere definiti come "pietre miliari" per le misurazioni da effettuare;
3. **il monitoraggio è proponibile (anche eticamente), ed effettivamente rilevabile, dal momento in cui il sospetto diagnostico è sostenuto da elementi di forte probabilità (definibile come "sospetto diagnostico consistente")**, sia in considerazione del fatto che un sospetto generico può produrre un prevedibile intasamento di eventuali percorsi critici definiti per patologie tumorali, a causa dell'elevatissimo numero di falsi positivi, sia perché sarebbe assai difficile, tecnicamente, identificare, con un sospetto generico, il momento a partire dal quale decorrono gli standard previsti dall'Accordo;
4. per ogni profilo di diagnosi e cura, appropriato per ciascuna malattia neoplastica, è necessario individuare le procedure diagnostiche e terapeutiche suggestive che, in modo specifico e sensibile, consentano di identificare sia il momento del "sospetto diagnostico consistente", sia gli interventi terapeutici successivi, correlabili a quella patologia, per rintracciare nel sistema informativo i marcatori da rilevare per il monitoraggio del percorso oncologico e per calcolare correttamente gli intervalli tra una tappa e l'altra;
5. esistono fattori imponderabili, correlati ai comportamenti dei pazienti a cui viene fatta diagnosi di malattia a prognosi infausta, che ~~possono interferire~~ possono interferire anche in modo rilevante sul

fenomeno dei tempi d'attesa: un esempio paradigmatico di tali fattori è rappresentato dall'allungamento del tempo d'attesa tra il momento in cui viene effettuata la diagnosi e la scelta del paziente della struttura a cui rivolgersi per il trattamento indicato, legato alla ricerca delle migliori garanzie possibili o allo scarso orientamento che il sistema è in grado di dare al paziente nella prosecuzione del percorso di cura. Nel flusso informativo, tuttavia, vengono registrati solo il momento della proposta di un determinato trattamento (ad es., richiesta del MMG per ricovero per intervento chirurgico), il momento successivo nel quale lo specialista decide di prendere in carico il paziente (inserimento in lista d'attesa) ed, infine, il momento del ricovero (nella SDO), senza che sia possibile valutare, attraverso questi flussi, quanto pesino i comportamenti dei pazienti (vedi anche paragrafi 3.2. e 4.2 di questo documento "Principi generali e proposte operative");

6. non sempre il percorso diagnostico del malato oncologico, specie alla prima diagnosi, viene svolto interamente nell'ambito del SSN (spesso, ad esempio, in presenza di lunghe liste d'attesa, i pazienti preferiscono eseguire gli esami radiologici privatamente in clinica o in regime intramoenia): ciò potrebbe rendere ancora più difficile ottenere una stima reale dell'"efficienza" del percorso diagnostico;
7. bisogna, comunque, avere la consapevolezza che le tappe di un percorso oncologico, anche per la stessa patologia neoplastica, non sempre sono rilevabili secondo un ordine predeterminato e ripetitivo, ma che esiste una variabilità da caso a caso, e che gli stessi intervalli temporali tra un intervento diagnostico e terapeutico non sempre sono rapportabili a standard validi in tutti i casi, poiché, in particolare, si possono determinare sospensioni dell'iter o allungamenti temporali della durata dei cicli terapeutici necessitati da complicanze, effetti collaterali delle terapie o insuccessi;
8. i tempi di attesa appropriati tra un intervento e l'altro devono, comunque, essere basati su prove di evidenza in relazione al rapporto tra attesa sostenuta ed efficacia del trattamento, progressione della malattia, peggioramento della prognosi, ecc: raramente, purtroppo, nelle Linee Guida per patologie oncologiche sono riportati dati ed evidenze in relazione a tale problematica.

Una valutazione "ex ante", più utile per i livelli gestionali del sistema, è possibile solo a condizione che sia disponibile la cartella informatizzata dei singoli pazienti ovvero che si utilizzi il metodo già in uso per l'effettuazione dei periodici monitoraggi nazionali, secondo la procedura indicata nell'apposito Disciplinare tecnico adattata alle prestazioni ambulatoriali o di ricovero per patologie oncologiche (per le quali già oggi vengono rilevati i tempi d'attesa per ricovero per

neoplasia mammaria e del colon-retto) ovvero che si rilevino, attraverso un codice specifico, i tempi d'attesa assegnati per prestazioni correlate ad un percorso oncologico.

È stato ipotizzato, a tal proposito, che sarebbe opportuno contrassegnare, con un codice specifico per Percorso critico oncologico, le prestazioni da erogare o erogate al paziente a partire dal momento del "sospetto consistente" in avanti, sebbene sia stata sottolineata la necessità di una adesione, da parte di tutti gli erogatori interessati e coinvolti in tutte le fasi del percorso oncologico, all'indicazione di riportare il codice, in modo da rintracciare tutte le prestazioni correlate a quel tipo di tumore: in mancanza di questa garanzia, il rischio di incompletezza o di non leggibilità dei dati è evidente. Vi è da sottolineare che il contrassegno delle prestazioni, attraverso un codice specifico per patologia oncologica, consentirebbe di effettuare con estrema facilità valutazioni, sia di tipo prospettico che retrospettivo, circa i volumi e la qualità, in termini di appropriatezza, delle prestazioni erogate per ciascuna tipologia di tumore.

Un altro aspetto di fondamentale importanza per la valutazione del percorso oncologico è legato all'identificazione del punto di snodo, in cui sia più probabile "intercettare" il fenomeno nella maggioranza dei casi: lo strumento di intercettazione più idoneo a tale scopo si ritiene possa essere rappresentato dalla SDO, in quanto almeno un episodio di ricovero ricorre generalmente in tutti i casi di patologia neoplastica. Per limitarsi alle patologie indicate nell'Accordo del luglio 2002 e dell'Intesa del marzo 2006, infatti, il ricovero per intervento chirurgico di asportazione della massa neoplastica è, generalmente, costante per il tumore dell'apparato gastroenterico e della mammella, mentre per il tumore del polmone, per quanto non sempre sia possibile l'intervento, un episodio di ricovero per la diagnostica o per trattamento o per complicanze secondarie ricorre costantemente. Per quanto riguarda la sequenza di fasi del percorso assistenziale per queste tre patologie, escluse le situazioni che si presentano al sistema con carattere d'urgenza (cioè in fase di grave avanzamento della patologia e con concomitanza di complicanze acute), sulla scorta delle informazioni ricavate da colloqui con esperti⁸, si può schematizzare quanto segue:

- nel carcinoma del polmone, il percorso varia secondo lo stadio di malattia, per cui la sequenza Procedura Diagnostica Suggestiva - Esame Istologico - Intervento Chirurgico - Chemio/Radioterapia è di probabilità sostanzialmente sovrapponibile a quella Procedura Diagnostica Suggestiva - Esame Istologico - Chemio/Radioterapia - Intervento Chirurgico;
- nei carcinomi della mammella e dell'apparato gastroenterico, invece, la sequenza più probabile è Procedura Diagnostica Suggestiva - Esame Istologico - Intervento Chirurgico - Chemio/Radioterapia.

In tutti i casi, bisogna considerare che l'esame istologico può anche essere successivo all'intervento chirurgico.

In base a tali presupposti di tipo logico, è ipotizzabile, quindi, un processo metodologico di monitoraggio dei tempi di attesa, individuando sia le tappe che gli elementi misurabili di ciascuna di esse, in quanto rilevati (o facilmente rilevabili in un nuovo sistema informativo), per determinare gli intervalli di tempo che trascorrono tra l'una e l'altra. Una volta definito lo schema di riferimento, si parte dal punto di "intercettazione" dei pazienti (le SDO con i DRG's specifici e con i codici di procedura chirurgica correlati). Da questo punto, il monitoraggio deve effettuare una valutazione "retrospettiva" ed una "prospettica" di dati:

1. "retrospettiva", per risalire sia alla programmazione di quell'episodio di ricovero, attraverso la data d'inserimento in lista d'attesa (momento in cui lo specialista pone o conferma l'indicazione all'intervento chirurgico), sia alla data in cui è stata effettuata la prima procedura diagnostica "suggestiva" per quel tipo di neoplasia (**momento in cui viene posto il sospetto diagnostico "consistente"**): ad esempio, per quanto riguarda un ricovero per chirurgia di tumore del colon retto, dalla SDO si può rilevare sia la data di inserimento in lista (per le regioni che già rilevano questo dato) sia la data del ricovero, mentre utilizzando come tracciante il codice fiscale o sanitario si può risalire, attraverso il flusso informativo corrente, sia alla data di esecuzione di un precedente esame endoscopico parziale o totale del colon retto, sia alla data di esecuzione dell'esame istologico, sia ad eventuali informazioni relative ad altre procedure diagnostiche preliminari all'intervento, sia, al limite, alla data del sospetto generico (richiesta della prestazione diagnostica da parte del medico curante);
2. "prospettica", per ricavare informazioni successive alla data in cui il paziente viene ricoverato e per rintracciare gli step terapeutici correlabili alla malattia (momento in cui inizia il trattamento chemio o radioterapico): nell'esempio precedente, sempre dalla SDO si può misurare il tempo d'attesa dal giorno del ricovero alla data dell'intervento ed, ancora attraverso il codice fiscale o sanitario, si possono rintracciare, nel flusso informativo, i successivi step di trattamento chemio o radioterapico o di ricovero presso Hospice o di ADL o di altri interventi assistenziali che possono essere correlati nell'evoluzione naturale della malattia.

¹ Possono essere considerate procedure diagnostiche "Suggestive", per l'identificazione del momento del "sospetto consistente" di malattia oncologica, le seguenti indagini relative alle patologie indicate nell'Accordo del 11.7.2002:

Ca Polmonare	→ Rx torace, Tac torace, Esame endoscopico bronchiale
Ca Mammario	→ Rx mammografia
Apparato gastroenterico	
Ca Colon retto	→ Esame endoscopico parziale o totale del colon retto
Ca Stomaco	→ Esame endoscopico dello stomaco
Ca Fegato/Pancreas	→ Ecografia addome superiore, Tac addome

