

Delib.G.R. 14 luglio 2006, n. 431

Publicata nel B.U. Lazio 20 ottobre 2006, n. 29, suppl. ord. n. 4.

Piano regionale sulle liste di attesa: Recepimento delle indicazioni contenute nell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, relativa al "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".

La Giunta regionale

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

Visto lo Statuto della Regione Lazio;

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

Vista la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale "e successive modificazioni;

Visto il Reg. 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33 che definisce i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario nazionale;

Vista la Delib.G.R. 1° marzo 2002, n. 255 "Preso d'atto del D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

Visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 14 febbraio 2002 (Rep. Atti n. 1386) sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste di attesa, con il quale si è convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrano i livelli essenziali di assistenza sanitaria, già definiti con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, con apposite linee-guida;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002 "Linee-guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" che aggiunge tali linee-guida al D.P.C.M. 29 novembre 2001;

Vista la Delib.G.R. 20 dicembre 2002, n. 1725 "Indicazioni regionali sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e di ricovero ed indirizzi applicativi sui tempi e sulle liste di attesa";

Vista l'intesa del 28 marzo 2006 (Rep. Atti n. 2555), ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Considerato che tale intesa prevede che le Regioni approvino con propria delibera di Giunta un Piano regionale che fissi i tempi massimi di attesa per ciascuna prestazione di assistenza specialistica ambulatoriali e di assistenza ospedaliera, di cui alla intesa sopra indicata;

Vista la Det. 1° marzo 2006, n. D0573 DTSSSR "Adozione del modello organizzativo per il funzionamento del nuovo servizio centralizzato regionale delle prenotazioni delle prestazioni socio-sanitarie, denominato RECUP";

Ritenuto che al fine di verificare l'appropriatezza delle prestazioni da erogare, è necessario istituire una apposita Commissione regionale;

Visto il cap. H11561 es. fin. 2006 "Fondo regionale per la realizzazione di progetti sperimentali per l'abbattimento delle liste di attesa" nel quale sono stanziati Euro 2.500.000,00;

Ritenuto necessario che i progetti sperimentali presentati dalle Aziende Sanitarie siano approvati, monitorati, verificati e finanziati dalla Direzione Regionale TSSSR;

Vista la Det. 12 maggio 2006, n. D1314 "Istituzione del gruppo di lavoro per il monitoraggio ed il contenimento delle liste e dei tempi di attesa", organismo tecnico di raccordo tra le Aziende e l'Assessorato con compiti di monitoraggio dei tempi di attesa, l'appropriatezza delle prestazioni, i tempi e le modalità di utilizzo delle attrezzature;

Ritenuto opportuno istituire il coordinamento dei referenti aziendali per le liste e i tempi di attesa, costituito da dirigenti medici dell'area di sanità pubblica individuati dai rispettivi Direttori Generali, tra i medici di sanità pubblica con funzioni di responsabili tecnici organizzativi dell'intera problematica in posizione di staff alla direzione sanitaria;

Esperita la procedura di concertazione delle parti sociali

All'unanimità

Delibera

1. di adottare il piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa in coerenza con le linee di indirizzo generali contenute nell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano di cui al "Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008" così come dettagliate nell'allegato 1, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente delibera della Giunta regionale;

2. di riservarsi di perfezionare tale piano alla luce degli indirizzi/linea-guida che verranno impartite da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui all'art. 9 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

3. di disporre che le Aziende sanitarie adottino il proprio Piano aziendale entro novanta giorni dall'approvazione di quello regionale;

4. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di proporre progetti sperimentali per l'abbattimento delle liste di attesa;
5. di dare mandato al Direttore Regionale TSSSR di produrre gli atti necessari all'approvazione, al monitoraggio e alla verifica ed al finanziamento dei progetti sperimentali delle Aziende Sanitarie ai sensi della legge regionale 28 aprile 2006, n. 4;
6. di istituire il coordinamento dei referenti aziendali delle liste e dei tempi di attesa, costituito da dirigenti medici dell'area di sanità pubblica individuati dai rispettivi Direttori Generali, con funzioni di responsabili tecnici organizzativi dell'intera problematica in posizione di staff alla direzione sanitaria;
7. di dare mandato al Direttore Regionale TSSSR di istituire un gruppo di lavoro regionale per l'appropriatezza clinica;
8. di impegnare il sistema RECUP a produrre sistematicamente dati relativi ai tempi di attesa per le prestazioni indicate nel presente atto per ASL, Distretto e singolo erogatore;
9. di inserire sistematicamente i dati relativi alle liste di attesa delle prestazioni oggetto del presente atto nel portale regionale, sezione sanità.

Allegato 1

Linee generali di intervento regionale per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche.
Indicazioni alle aziende sanitarie

1. Introduzione

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.

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 della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni.

In applicazione dell'intesa Stato-regioni del 28 marzo 2006, in attesa delle linee-guida che verranno elaborate dalla Commissione Nazionale permanente sui LEA, si definiscono i tempi massimi per alcune delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, tra quelle elencate nel punto 3) dell'Intesa che vengono declinate nella presente delibera della Giunta regionale nelle rispettive aree.

La scelta di non includere tutte le prestazioni elencate nel punto 3) della predetta intesa, risiede nel fatto che le prestazioni indicate per ciascuna area, possono essere considerate come prestazioni di primo accesso per la formulazione di una diagnosi nell'ambito di ciascuna delle aree considerate, per le quali, quindi, è urgente la definizione di un tempo massimo di attesa.

Le prestazioni non inserite sono da considerarsi quali prestazioni di seconda istanza, 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 dovrà essere definito, quindi, all'interno di uno specifico profilo di cura, che richiede una garanzia temporale complessiva, che non può essere inteso come somma delle singole fasi.

In un secondo atto regionale, in coerenza con le linee-guida che verranno prodotte dalla Commissione permanente sui LEA per le prestazioni di ciascuna area (provvisoriamente espunte dall'elenco di cui al punto 3 dell'Intesa), verranno individuati i tempi complessivi per la garanzia dell'intero processo di diagnosi e cura.

Nel triennio, come previsto dalla predetta intesa, dovranno essere implementati per tutte le prestazioni sia di specialistica che di ricovero, così come previsti nell'allegato 3) dell'intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, profili assistenziali/protocolli diagnostico-terapeutici in cui vengano esplicitati classi, criteri di priorità e tempi di attesa in coerenza anche dei contenuti previsti nell'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002.

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 queste aree è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze, area oncologica, area delle patologie cardiovascolari, area geriatrica e area materno infantile);

b) prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale.

L'elenco è suddiviso nelle seguenti aree:

- A. Area Oncologica,
- B. Area Cardiovascolare,
- C. Area Materno Infantile,
- D. Area Geriatrica,
- E. Visite specialistiche caratterizzate da una forte domanda assistenziale.

Sono da intendersi escluse le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali di 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) dell'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).

2. Governo della domanda di prestazioni, in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale e caratterizzate da un alto livello di appropriatezza in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso

In questo piano, sulla base di quanto esplicitato, si definiscono i tempi massimi che le Aziende dovranno recepire:

- area 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";

- area Cardiovascolare, area Geriatrica e area "visite a maggior impatto": 30 gg. per le visite e 60 giorni per altre prestazioni (tali tempi includono entrambe le classi di priorità A e B);

- area Materno-infantile: 30 gg. per la visita, mentre per tutte le altre prestazioni fa riferimento il D.M. 10 settembre 1998 del Ministero della Sanità sulla tutela della maternità.

2.1 I percorsi delle urgenze

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) dovrà garantire l'effettuazione delle prestazioni urgenti ed urgenze differibili entro la tempistica definita dalla classe di priorità A, fatto salvo che le urgenze "quoad vitam et quoad valetudinem" rientrano nel campo dell'urgenza e vanno quindi indirizzate al Pronto Soccorso.

Classe di priorità	Indicazioni
A	Da effettuare nel più breve tempo possibile e non oltre 10 giorni (visite "urgenti differibili") (La classe di priorità A corrisponde alla casella B della nuova ricetta)

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali "urgenti differibili" da parte del cittadino avviene attraverso la prenotazione da parte del MMG, PLS o altro medico prescrittore al sistema RECUP, anche telefonicamente tramite rete riservata, successivamente si provvederà ad armonizzare tale procedura con i requisiti di appropriatezza.

Per garantire le prestazioni urgenti, è essenziale uno sforzo di programmazione strategica che aggredisca contemporaneamente il fenomeno della gestione delle prestazioni urgenti su due versanti:

1) responsabilità clinica del medico proponente relativamente alle indicazioni ed agli eventuali criteri di priorità per l'inserimento del paziente in una determinata categoria di prestazioni. Questo obiettivo deve essere ottenuto attraverso momenti di confronto tra i professionisti ed attraverso un sistema di "regole comuni", il rispetto delle quali è fondamentale ai fini del monitoraggio dei comportamenti prescrittivi ed è finalizzato ad un miglioramento dei rapporti di comunicazione ed integrazione tra medici delle cure primarie e medici specialisti;

2) responsabilità gestionale relativa sia all'organizzazione dell'attività, sia alla costruzione e alla tenuta delle liste d'attesa.

2.2 Tempi massimi per le prime visite specialistiche

Nelle aree dove il ricorso alle prestazioni è caratterizzato da un alto livello di appropriatezza si configura una presa in carico da parte della struttura ed in particolare bisognerà differenziare:

- i primi casi, dove sia le visite che la diagnostica strumentale devono essere effettuate in breve tempo;

- i casi già diagnosticati e trattati, per i quali visite ed esami di diagnostica strumentale devono seguire specifici protocolli clinici di follow-up. In quest'ultimo caso i tempi di attesa sono sganciati dalla rilevazione regionale.

2.2.1 Area oncologica

È un obiettivo della regione che la diagnosi di patologia oncologica avvenga con la massima tempestività. La Regione ha già strutturato un percorso diagnostico-terapeutico per gli screening oncologici del Ca. della mammella e dell'utero e sta avviando il programma di screening per il Ca. del colon-retto. Per queste patologie

l'accesso ai livelli diagnostici dei pazienti asintomatici avviene all'interno del percorso di screening e pertanto elimina il sistema delle prenotazioni e liste di attesa. Per quanto riguarda i pazienti sintomatici con sospetto di Ca della mammella/Ca del colon-retto è necessario garantire in tempi appropriati l'accesso ai rispettivi percorsi diagnostico-terapeutici. Le prestazioni considerabili come traccianti sono definite come:

- Mammografia/ecografia per il Ca della mammella

- Colonscopia/sigmoidoscopia per il Ca. del colon-retto.

Per i pazienti che presentano sintomatologia di sospetta natura neoplastica la Regione intende implementare a partire dalle patologie a più alta prevalenza/incidenza percorsi/profilo diagnostico-terapeutici in cui lo snodo fondamentale si prospetta essere la valutazione dello specialista oncologo.

Nelle more dell'attuazione di tale percorso la gestione delle liste di attesa è centrata sulla definizione dei tempi di accesso alla consulenza specialistica oncologica che deve essere garantita nel limite delle due settimane e sulla formulazione della diagnosi definitiva, supportata dalle prestazioni diagnostiche specifiche, entro un mese.

Se ne deduce come sia imprescindibile una organizzazione capace di ottimizzare l'intero processo di gestione dei pazienti oncologici e dei relativi profili, che deve portare alla realizzazione di una rete tra le Unità Operative (UO) di Oncologia, le UO di Radioterapia e gli altri servizi diagnostici e terapeutici coinvolti nel singolo profilo (Chirurgia, Diagnostica per immagini, Laboratori, Medico di medicina generale, sistema della residenzialità compreso Hospice).

La rete oncologica deve garantire la presa in carico del paziente ed il suo accompagnamento lungo tutto l'iter diagnostico e terapeutico, monitorando l'adeguatezza delle cure prestate e l'evoluzione del suo stato di salute.

L'obiettivo è quello di stabilire e progressivamente migliorare i collegamenti organizzativi tra le diverse strutture che concorrono alla gestione dei pazienti, nelle diverse fasi della storia clinica, garantendo la continuità delle cure, favorendo un approccio interdisciplinare e migliorando la capacità dell'assistenza.

La rete oncologica deve permettere concretamente di rispondere a 2 ordini di problemi:

1) gestire in loco, cioè con particolare attenzione all'accessibilità, le problematiche diagnostico-terapeutiche del paziente stesso. Tali problematiche potranno essere gestite in loco parzialmente o totalmente (quando possibile) avvalendosi della stretta collaborazione fra medici di medicina generali, le UO Oncologiche, le UO di chirurgia, ecc.

2) selezionare i pazienti che, sulla base della complessità clinica o della rarità della patologia, devono essere presi in carico da specifiche strutture.

La rete oncologica vuole anche significare identificazione di percorsi su cui i pazienti devono essere indirizzati, utilizzo di protocolli e linee-guida di lavoro comuni, adeguamento di strutture ai bisogni oncologici della popolazione di riferimento. Lo sviluppo della rete oncologica dovrà inoltre prevedere l'attivazione di programmi di cure ed assistenza al malato terminale che comprenda hospice, strutture per cure palliative e l'assistenza domiciliare.

Area Oncologica (numero prestazioni = 18 delle 24 in bianco previste nell'Intesa)

Per il set delle prestazioni dell'area oncologica il rispetto dei tempi massimi indicati nella tabella può essere derogato sulla base della definizione dei criteri clinici di priorità. Requisito fondamentale dell'area oncologica è

la garanzia della diagnosi definitiva entro un mese dal sospetto diagnostico e la eventuale gestione diretta delle prestazioni all'interno di percorsi predefiniti.

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimi
1	Visita oncologica		89.7	2 settimane
Radiologia				
3	Mammografia screening) (no	87.37	87.37.1 - 87.37.2	60 giorni (10 giorni per la classe A di priorità)
TC con o senza contrasto				
4	Torace	87.41	87.41-87.41.1	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
5	Addome superiore	88.01	88.01.2-88.01.1	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4-88.01.3	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
7	Addome completo	88.01	88.01.6-88.01.5	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
Risonanza Magnetica				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1-88.91.2	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4-88.95.5	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
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 A di pr.tà)
11	Mammella	88.73	88.73.2	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
Esami Specialistici				
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	60 giorni (10 giorni per la

				classe A di pr.tà)
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13-45.16	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
2	Visita radioterapica pretrattamento		89.03	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
15	Broncoscopia	33.23	33.22	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
16	Colposcopia	70.21	70.21	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
17	Cistoscopia	57.32	57.32	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)
18	Biopsia transperineale o transrettale della prostata (Agobiopsia ecoguidata)		60.11.1	60 giorni (10 giorni per la classe A di pr.tà)

Il livello entro il quale devono essere garantite le prestazioni in elenco è l'Azienda Sanitaria Locale, tramite produzione propria o tramite contratti di acquisto con Aziende Ospedaliere o fornitori privati.

Le prestazioni di visita radioterapia pretrattamento, la broncoscopia, la colonscopia, la cistoscopia e la biopsia transperineale o transrettale sono inserite nell'elenco delle prestazioni per le quali vengono definiti i tempi massimi sino alla attivazione degli specifici percorsi assistenziali ed alla emanazione di Linee-Guida.

2.2.2. Area cardiovascolare

In quest'area il ricorso alle prestazioni potrebbe essere caratterizzato da un alto livello di inappropriatezza. Al fine di gestire al meglio l'offerta cardiologica è necessario stabilire percorsi clinici/organizzativi tra MMG, specialisti convenzionati interni ed ospedalieri nei quali vengono definiti con chiarezza le competenze di ognuno al fine di evitare prestazioni ripetute. Per queste prestazioni potrebbe essere utile sperimentare, stabilite le classi di priorità, la prenotazione diretta da parte del MMG.

Il rispetto dei tempi di attesa deve essere coerente con i seguenti principi:

- nel primo inquadramento diagnostico, le visite devono essere effettuate entro 30 giorni e gli esami di diagnostica strumentale entro 60 giorno (classe B nuova ricetta);

- i casi già diagnosticati e trattati, per i quali visite e diagnostica strumentale devono seguire specifici protocolli clinici di follow-up, che contengono anche l'indicazione dei tempi nei quali devono essere erogate le prestazioni.

Area Cardiovascolare (numero prestazioni = 7 delle 12 in bianco previste nell'Intesa)

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo a massimo
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	30
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	30
Ecografia				
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	60
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	60
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	60
Esami Specialistici				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	60
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	60

Tutte le prestazioni in elenco devono essere garantite dall'Azienda Sanitaria Locale, tramite produzione propria o attraverso contratti di fornitura con Aziende Ospedaliere o privati accreditati.

2.2.3 Area Geriatrica

Per "area geriatrica" si intende la popolazione anziana ultra settantacinquenne in condizioni di fragilità. Per l'accesso alle prestazioni di diagnostica ed ai ricoveri dovranno essere definite, in analogia con le altre aree, le classi di priorità.

Anche per l'area geriatrica si dovranno comporre tavoli tecnici dedicati per la definizione delle classi di priorità sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale che di ricovero. Si dovrà porre particolare attenzione all'inquadramento diagnostico delle patologie di rilevanza sociale con particolare riguardo alle demenze, alle problematiche vascolari, alle BPCO ed ai deficit sensoriali.

Area Geriatrica (numero prestazioni = 7 di 9 in bianco previste nell'Intesa)

Numero (come indicato al punto 3)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo di massimo

dell'Intesa)				
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30
TAC con o senza contrasto				
42	Capo	87.03	87.03-87.03.1	60
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2-88.38.1	60
44	Bacino	88.38	88.38.5	60
Esami Specialistici				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60
46	Spirometria	89.37	89.37.1-89.37.2	60
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	60

L'obiettivo regionale è:

- > organizzare i percorsi diagnostico-assistenziali per l'area geriatrica integrati ospedale/territorio che garantisca una presa in carico continua e globale degli utenti, anche tramite la continuità assistenziale;
- > promuovere la formazione e l'aggiornamento di tutte le risorse umane e professionali impiegate nella tutela della salute degli anziani;
- > assicurare la valutazione multidimensionale/multidisciplinare e la continuità degli interventi attraverso la rete dei servizi territoriali e ospedalieri;
- > favorire la domiciliarità degli interventi garantendo, comunque, un'adeguata residenzialità o una eventuale ospedalizzazione nel caso di bisogno anche in funzione di sollievo dei familiari.

Tutte le prestazioni dell'area geriatrica devono essere garantite a livello di Azienda Sanitaria Locale, tramite produzione propria o contratti di fornitura con Aziende Ospedaliere o strutture private accreditate.

2.2.4 Area materno infantile

Per le prestazioni indicate dall'intesa si ritiene, in questa prima fase, definire il tempo massimo di attesa per la visita ginecologica, per tutte le altre prestazioni del percorso nascita si fa riferimento alla tempistica indicata dal D.M. 10 settembre 1998: "Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanze e tutela della maternità". Si ritiene utile, altresì, avviare un tavolo di confronto con i professionisti ospedalieri e territoriali finalizzato alla riorganizzazione del settore ed alla condivisione di contenuti organizzativi e di appropriatezza clinica per la gestione della gravidanza, sia fisiologica che a rischio.

La riorganizzazione complessiva della attività assistenziale deve avere come ricaduta positiva la valorizzazione dell'assistenza consultoriale. Infatti, si ritiene che sia il luogo più appropriato per seguire le gravidanze fisiologiche e deve essere proposto attivamente a tutte le donne già all'inizio della gravidanza, estendendo l'informazione al percorso nascita fisiologico, per i successivi incontri di accompagnamento alla nascita, post-nascita e neogenitorialità e per l'assistenza ostetrica in puerperio. È auspicabile che l'attività consultoriale venga proposta attivamente a tutte le donne già all'inizio di gravidanza sia per dare una corretta ed esaustiva informazione, sia per fornire un piano di assistenza adeguato alle gravide non a rischio ed orientare quelle a rischio, inoltre per realizzare incontri di accompagnamento alla nascita, da ultimo per garantire la continuità assistenziale attraverso il sostegno ostetrico a domicilio nel puerperio.

Area Materno Infantile (numero prestazioni = 1 delle 2 in bianco previste nell'Intesa)

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimo
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	30

Le prestazioni e l'intero percorso della gravidanza deve essere garantite a livello del Distretto sanitario tramite produzione propria o tramite accordi di fornitura per le gravidanze fisiologiche e a livello di ASL per le gravidanze a rischio.

2.2.5 Visite specialistiche caratterizzate da una forte domanda assistenziale

Per le prime visite specialistiche a maggiore impatto, in attesa che vengano definiti i criteri di priorità, si definisce come tempo massimo 30 giorni.

Visite specialistiche di maggior impatto (numero prestazioni = 6 di 5 in bianco previste nell'Intesa)

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimo
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	30
51	Visita oculistica	95.0	95.02	30
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7	30
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	30
54	Visita urologica	89.7	89.7	30
55	Colloquio psichiatrico	94.1	94.19.1	60

Le prestazioni elencate devono essere garantite a livello di ogni Distretto Sanitario o con produzione propria o tramite modelli organizzativi a rete o contratti di fornitura.

2.3 Aree a maggior rischio di inappropriatazza

Una domanda inappropriata genera un tempo di attesa ed un livello di assistenza inadeguato: il tempo di attesa non può essere valutato separatamente dall'appropriatazza. La condizione imprescindibile per ottenere miglioramenti in questa direzione sono la condivisione ed il consenso su linee-guida e principi di appropriatazza attraverso regole comuni.

Per l'assistenza specialistica bisogna promuovere integrazioni tra tutte le professionalità che a vario titolo operano nel sistema e pensare al contributo che può essere dato sia dalle "nuove professioni" che dalla tecnologia (HCT).

Nel governo della domanda è necessario coinvolgere e stabilire alleanze sia con gli Enti Locali che con le organizzazioni rappresentative dei cittadini con cui creare una alleanza forte, perché diventino parte attiva del sistema di governo.

Sarà implementato, in collaborazione con l'ASP, un sistema di classificazione basato sulle priorità, strumento indispensabile per poter garantire a tutti i pazienti una risposta che rispetti i principi di efficienza, appropriatezza, accessibilità ed equità, condiviso con tutti i soggetti prescrittori.

Dall'analisi dei flussi informativi, dal confronto con altre regioni si evidenzia un maggior consumo, legato verosimilmente ad una iperprescrizione, sia in alcune visite (es. oculistica, cardiologica) che nelle aree di diagnostica per immagini e di laboratorio.

Pertanto, in questo settore anche con il contributo di un apposito gruppo di lavoro, vanno realizzati coerenti programmi per l'incremento del grado di appropriatezza, nonché di qualificazione tecnologica e di sviluppo della rete dei servizi territoriali ed in particolare:

- > va sviluppata la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale;
- > vanno rilanciati i programmi di aggiornamento e formazione;
- > va rimodulato il sistema di remunerazione per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;
- > va sviluppato il sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza.

3. 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 le necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sociosanitarie

In attuazione con quanto previsto a livello nazionale, sono previste varie iniziative finalizzate alla razionalizzazione del sistema dell'offerta ed alla riduzione dei tempi di attesa.

In particolare, gli atti di indirizzo prevedono per quanto concerne il sistema di offerta:

- > l'incremento dei tempi di utilizzo delle strutture e delle apparecchiature, soprattutto con riferimento alle attrezzature ad alta complessità;
- > l'attuazione di una revisione organizzativa dei servizi che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, al fine di rispondere ai criteri di equità e di appropriatezza, risolvendo, anche con spostamento di risorse, gli eventuali squilibri nell'erogazione delle prestazioni;
- > la garanzia della corresponsabilizzazione degli operatori sanitari orientando la corresponsione della retribuzione di risultato anche al contenimento dei tempi di attesa;

> la previsione dell'eventuale utilizzo di prestazioni erogate in libera professione sulla base di necessità selezionate.

In tema di razionalizzazione dell'offerta si dovrà affrontare l'integrazione delle strutture private accreditate nel sistema dell'offerta pubblica.

Fino ad ora le strutture private accreditate hanno erogato prestazioni sanitarie, per conto ed a carico del servizio sanitario regionale, avendo come unico riferimento la logica 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.

Si sottolinea l'importanza in questo processo di agire in modo coordinato su tutti gli aspetti che definiscono la problematica delle liste di attesa, responsabilizzando tutti i soggetti coinvolti nel problema, ciascuno nei rispettivi ruoli; individuando assieme le criticità e i correttivi da introdurre nelle azioni intraprese, e su questa base prefigurare procedimenti innovativi che potranno portare ad un più importante miglioramento della problematica trattata.

3.1 Accordo integrativo della medicina generale: criteri per l'appropriatezza prescrittiva

L'Accordo integrativo per la medicina generale, dedica grande attenzione all'appropriatezza prescrittiva e alle prestazioni specialistiche negli articoli 21 (Linee-guida per la prescrizione), 22 (Protocollo dei rapporti con gli specialisti), 23 (Corretto utilizzo del modulare), 23 a (Prestazioni ad accesso diretto). In particolare, nell'Accordo si prevede:

- la promozione di programmi specifici volti all'uso appropriato di prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso raccomandazioni per la buona prescrizione da parte dei medici di medicina generale, anche con riferimento alla prioritizzazione degli accessi;
- la regolamentazione dei rapporti tra medici di medicina generale e medici specialisti attraverso la stesura di protocolli che avranno lo scopo di creare condivisione sui percorsi diagnostico-terapici diretti ad individuare interventi sanitari più mirati;
- la previsione di accessi diretti per i pazienti dimessi dagli ospedali per i quali si necessitano successivi controlli o interventi;
- indicazioni sul corretto utilizzo del modulare e sulle prestazioni ad accesso diretto (senza necessità di richiesta da parte del medico curante);
- l'attivazione, entro 60 giorni dalla pubblicazione dell'accordo regionale, dell'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. L'Osservatorio rappresenta un organismo centrale di riferimento per tutti i soggetti del SSR e, in particolare, per i medici prescrittori, ed ha la funzione di analizzare e valutare la tipologia e l'andamento delle diverse prestazioni sanitarie, promuovendo metodologie e strumenti volti al miglioramento dell'appropriatezza, con particolare riguardo all'attività prescrittiva.

3.2. Percorsi clinico-diagnostici per patologie aventi rilevanza sociale

Va sviluppata l'attività dei percorsi clinico-diagnostici per alcune patologie aventi rilevanza sociale, come previsto dalla delibera della Giunta regionale relativa alla ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario

regionale 2006. Tali percorsi, che consistono in "pacchetti" di prestazioni, verranno gradualmente attivati in tutte le Aziende del Lazio.

Il percorso clinico-diagnostico prevede che nel suo soggiorno in ospedale il paziente possa essere sottoposto a visita ed effettuare contestualmente gli accertamenti necessari.

Le prenotazioni avvengono direttamente presso gli sportelli dell'Azienda Ospedaliera e non rientrano nel sistema RECUP.

Nell'ambito della contrattazione decentrata la Regione Lazio ha inserito anche le Unità di cure primarie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (UCP - UCPP). Si tratta di modalità organizzative, già sperimentate nel corso del 2005, che prevedono l'apertura continuativa dalle 10 alle 19 di studi medici, secondo turni concordati da parte di gruppi di professionisti interessati a forme di collaborazione territoriale che garantiscano una maggiore accessibilità all'utenza anche al fine di evitare ricorsi impropri al pronto soccorso.

Il gruppo di lavoro sull'appropriatezza clinica che sarà istituito dal Direttore Regionale TSSSR esaminerà i PAC predisposti e trasmessi dall'ASP Analizzabili a tutte le aziende. Sino all'emanazione dei PAC rimangono vigenti i percorsi di Day Hospital.

3.3 Integrazione tra gli specialisti ambulatoriali e i medici di medicina generale.

Le convenzioni prevedono di progettare forme associative avanzate dell'assistenza primaria che attraverso l'integrazione tra i diversi professionisti territoriali garantiscano una effettiva continuità assistenziale. Al fine di offrire una gamma sempre più ampia di assistenza extraospedaliera, in accordo con la categoria, nel rispetto degli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) ed in coerenza con i contenuti che verranno definiti, all'interno delle associazioni si potrà prevedere, in maniera strutturata, la presenza degli specialisti ambulatoriali (integrazione professionale). Gli accessi come la casistica da trattare dovranno essere concordati tra i professionisti e dovrà riguardare, in via prioritaria, le patologie a maggior impatto sociale.

Si potrà prevedere la presenza del cardiologo, del diabetologo, del neurologo, del dermatologo ecc. La presenza dello specialista ambulatoriale a supporto dell'attività del medico di medicina generale consente di scegliere le prestazioni sanitarie più consone alla necessità dell'assistito (ciclo primario o assistenza ospedaliera), facilita l'accesso ai servizi, diminuisce le liste di attesa e consente un confronto tra pari, sulle scelte diagnostiche/terapeutiche più appropriate per il paziente. L'aumento della flessibilità e della modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche risponde anche all'obiettivo di rispondere alle necessità dei cittadini facilitandone l'accesso.

Le forme associative della medicina generale devono essere caratterizzate da una integrazione funzionale tra tutti gli operatori coinvolti in interazione/integrazione con il Distretto. L'integrazione può essere strutturale, i soggetti coinvolti possono condividere una struttura, oppure possono operare in ambulatori periferici dopo aver condiviso modalità operative ed aver avviato il collegamento informatico, potendo così condividere le informazioni sui pazienti mediante la gestione di una cartella clinica informatizzata accessibile a tutti gli operatori. All'interno dei singoli ambulatori e delle associazioni potranno essere sviluppate alcune attività diagnostiche strumentali, compatibili con il livello assistenziale della assistenza primaria, che, come ricaduta positiva, dovranno evitare il rinvio a diagnostiche proprie del livello specialistico. Si potranno prevedere collegamenti funzionali degli specialisti ambulatoriali a supporto degli ambulatori dei singoli medici di medicina generale anche attraverso l'uso di adeguate tecnologie (Health Care Technology).

L'integrazione deve basarsi prevalentemente sulla condivisione di percorsi e profili di cura che andranno definiti attraverso l'individuazione di ambiti professionali, la condivisione di linee-guida, procedure, ecc. (audit medico, peer review, conferenze di consenso, ecc).

3.4 Criteri di priorità clinica per le prestazioni specialistiche (2)

In attesa che vengano definite dalla Commissione Nazionale dell'Appropriatezza le linee-guida per la gestione dell'accesso secondo criteri di priorità clinica, per non interrompere il percorso già iniziato in molte realtà, con il presente atto alla luce delle indicazioni già impartite nell'accordo Stato-regioni del 22 luglio 2002, e recepite nella Delib.G.R. n. 1725/2002 si ritiene dover dare alcune indicazioni.

La definizione dei criteri di priorità si deve basare sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico del paziente: eziologia, stadio e decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardo di trattamento, presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali.

L'individuazione di criteri di priorità risente delle diverse modalità di erogazione e dei diversi momenti in cui vengono prese le decisioni da parte dei medici, in quanto il ricovero elettivo in genere è connesso ad un quadro clinico già definito, mentre le prestazioni ambulatoriali vengono prescritte frequentemente in situazioni di grande incertezza clinica, dove la diagnosi non è ancora formulata.

Gli elementi da tenere in considerazione per l'individuazione di priorità cliniche sono:

1. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
2. prognosi (quoad vitam et quoad valetudinem);
3. tendenza al peggioramento a breve;
4. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
5. implicazioni sulla qualità della vita;
6. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
7. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

Per le prestazioni ambulatoriali si devono definire le seguenti classi di priorità:

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 al massimo entro 10 - giorni
Classe B Corrispondente alla modalità di accesso D della nuova ricetta.	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 Corrispondente alla modalità di accesso P della nuova ricetta	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

A tali parametri si devono affiancare quelli di adeguatezza, di accessibilità, di tempestività.

La definizione di priorità di intervento sanitario dovrà avvalersi non soltanto dell'opinione di esperti, ma del supporto della E.B.M. (Evidence Based Medicine): quest'ultima aiuterà come ulteriore metodologia di giudizio nel procedimento diagnostico, con l'obiettivo di mettere a disposizione dei medici le informazioni più aggiornate, controllate nella loro validità e immediatamente utilizzabili ai fini di un corretto comportamento clinico.

Si vuole avviare nell'ambito dell'attuazione del piano regionale sui contenimento dei tempi di attesa un percorso condiviso per identificare le priorità, e stabilire una "classificazione delle classi di priorità", come strumento per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio regionale.

Si può quindi ritenere che qualora non siano state definiti i criteri di priorità il tempo di attesa massimo da garantire ai cittadini, deve essere di 30 giorni per le visite e 60 giorni per la diagnostica strumentale, nel caso invece siano state definiti i criteri di priorità i tempi massimi di attesa saranno in funzione del quadro clinico presentato dal paziente.

3.5 Criteri per l'individuazione delle strutture nelle quali deve essere garantito il rispetto dei tempi di attesa

Le ASL AO nell'ambito del proprio programma di riduzione delle liste di attesa dovranno individuare le strutture presso le quali dovranno essere garantiti i tempi di attesa, a livello di distretto:

Le strutture dovranno essere individuate sulla base delle seguenti caratteristiche:

- > devono essere collocate in un ampio bacino di utenza;
- > devono avere un adeguato standard di personale e di tecnologie;
- > logisticamente fruibili e ben collegate e dotate di ampi parcheggi;
- > accessibile ai portatori di handicap e anziani non anziani non autosufficienti.

Per le prestazioni di alta complessità, per le quali non è previsto in questo primo piano regionale la definizione dei tempi massimi di attesa è comunque necessario la programmazione in Termini di reti.

Le reti rappresentano il principale strumento organizzativo per garantire i professionisti che operano nei "nodi" della rete, di avvalersi di tutti i supporti necessari, per svolgere un'attività completa, non parcellizzata e per assicurare al cittadino un servizio non frammentato.

Area oncologica, e cardiovascolare (bacino di utenza ASL)

Il set delle prestazioni previste nell'area oncologica e cardiovascolare devono essere garantite a livello di ASL; per le prestazioni di particolare complessità all'interno (es. la radioterapia in oncologia) il livello deve essere provinciale, con la costituzione delle reti cliniche. Bisognerà prevedere, ad integrazione dell'offerta, anche il livello regionale sia per far fronte ai tempi di attesa sia per l'effettuazione delle prestazioni diagnostiche/terapeutiche che si caratterizzano per l'alta complessità tecnologica (es. Cyber-Knife, IORT, ecc.), per queste prestazioni è necessario prevedere un percorso formalizzato con le strutture che le erogano in modo da configurare un accompagnamento dell'utente.

Area geriatrica (bacino di utenza ASL)

Il set delle prestazioni previste nell'area geriatrica deve essere garantito a livello di ASL.

Area materno infantile (bacino di utenza Distretto Sanitario)

Le prestazioni dell'area materno infantile con particolare attenzione al percorso della gravidanza devono essere garantite a livello di ogni Distretto sanitario. Nel caso di gravidanza non fisiologica dovranno essere previste raccordi/percorsi con le Aziende Ospedaliere e prevedere un accompagnamento tramite un sistema di relazioni formalizzate tra i professionisti delle strutture in modo da configurare un accompagnamento per l'utente.

Visite specialistiche di maggior impatto (bacino di utenza Distretto)

Le visite specialistiche a maggiore impatto devono essere garantite a livello della Zona Territoriale, anche se particolari visite cliniche come la visita urologica e neurologica possono essere garantite tramite accordi con Zone di confine, in questa eventualità si dovrà prevedere che la mobilità sia a carico dello specialista e non dell'utente.

Questo livello di assistenza specialistico deve essere considerato il livello minimo di assistenza zonale. Per la programmazione dei volumi necessari ad assicurare questo livello di assistenza e per l'analisi dei volumi storici consumati saranno di supporto i report elaborati dall'ASP.

(2) Il presente punto è stato erroneamente indicato come 3.5.

4. 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 di criticità, individuare i percorsi diagnostico terapeutici prioritari e definirne le modalità

4.1 Il sistema regionale per la rilevazione dei tempi di attesa

Sotto il profilo metodologico la rilevazione del tempo di attesa può essere realizzata con due modalità:

> "ex ante", che consiste nella rilevazione (prospettica), in un determinato giorno indice, della differenza tra data di esecuzione prospettata e data della richiesta rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il tempo d'attesa così come viene proposto all'utente;

> "ex post", che consiste nella rilevazione (retrospettiva) della differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il punto di vista dell'azienda).

La rilevazione "ex post" permette di verificare con precisione l'effettiva possibilità di accesso alle prestazioni in tempi congrui con i bisogni di salute. Tale valutazione richiede un sistema informatizzato che registri il tempo di prenotazione per le prestazioni realmente erogate, escludendo sia il drop out che le prestazioni annullate dall'azienda. Tuttavia, per motivi legati alla complessità organizzativa ed alle caratteristiche procedurali dei sistemi, oltre che dei tempi di erogazione, i dati sono disponibili con un notevole ritardo quindi l'informazione è disponibile molto tempo dopo il momento in cui gli eventuali fenomeni negativi si sono manifestati.

Per la Regione e per le singole Aziende vi è la necessità di avere informazioni tempestive sull'andamento dei tempi e della capacità di risposta del sistema, al fine di porre in atto le eventuali misure correttive. Per questa finalità risulta essere più adeguato un sistema di rilevazione regionale trimestrale "ex ante" che, seppur espressione di una "potenzialità" e non necessariamente di quello che sarà il tempo effettivo di attesa, ha il grosso vantaggio di essere disponibile in tempi rapidi, con procedure semplici ripetibili. Le informazioni contenute nel report devono costituire strumenti di riflessione per la programmazione da parte di chi esercita la funzione di committenza. Al fine di attuare un costante monitoraggio delle liste e tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche - terapeutiche di cui alla Delib.G.R. 20 dicembre 2002, n. 1725 e di cui al sopra citato accordo della Conferenza Stato-Regioni, è stato dato incarico al sistema RECUP, unica fonte informativa ufficiale sui tempi d'attesa, affinché il 1° e il 16 di ogni mese, trasmetta alla Direzione Regionale TSSSR e all'ASP i tempi di attesa per le prestazioni articolate per ASL, Distretti ed erogatori. Per le AO, le stesse saranno attribuite alle ASL in cui si collocano geograficamente.

Il tempo di attesa sarà calcolato individuando per ognuno dei giorni di rilevazione (1° e 16° di ogni mese), per ogni prestazione, le prime disponibilità effettive nelle singole strutture della Regione.

Il tempo di attesa, per ciascuna struttura, dovrà essere determinato anche qualora nei giorni di rilevazione non risulti nessuna richiesta di prenotazione per la prestazione da monitorare. La prima disponibilità effettiva, da tenere in considerazione per la determinazione dei tempi di attesa, deve essere la prima data in cui esiste, nel presidio erogatore, almeno un'agenda con il 30% di appuntamenti disponibili. Questo consente di evitare distorsioni nella rilevazione dei tempi di attesa causate dal considerare, come prima disponibilità, la prima data fruibile a seguito di rinunce di appuntamenti già prenotati.

4.2 Il tracciato del sistema informativo della specialistica ambulatoriale

La raccolta completa ed esaustiva e l'analisi dei dati di attività della specialistica ambulatoriale rappresentata un fattore sempre più importante ai fini della programmazione, vista l'importanza che l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale assume nell'ambito del processo di riduzione dei ricoveri ospedalieri a favore di attività svolte a livelli di assistenza più appropriati (Day Hospital, Day-Service, ambulatorio).

Il sistema informativo ha come scopo la descrizione e la valutazione della attività sia ai fini epidemiologici clinici che organizzativi/gestionali e costituisce la base informativa utile ai fini della programmazione, controllo e monitoraggio degli obiettivi Regionali ed Aziendali ed è la base su cui innestare variabili utili a monitorare i progetti e le azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza.

Il flusso dell'attività specialistica per rispondere alle esigenze della programmazione, della gestione e della valutazione delle attività svolte sia a livello regionale che aziendale, deve essere esaustivo di tutte le prestazioni erogate in termini di tipologia e volume, tempestivo con invii a cadenze trimestrali per conoscere l'andamento del sistema in tempo utile e permettere eventuali azioni correttive.

Oggetto della rilevazione del flusso è l'assistenza specialistica ambulatoriale resa ai singoli pazienti esterni in ambito ospedaliero e territoriale dagli erogatori pubblici e privati accreditati totalmente o parzialmente. In particolare vengono rilevate le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali previste dal Nomenclatore Tariffario (di cui al D.M. 22 luglio 1996 del Ministero della Sanità e dalla delibera della Giunta regionale di recepimento).

È necessario che Direttori generali assicurino/garantiscono 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 compreso 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; 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.

4.3 Il sistema regionale centralizzato di prenotazione RECUP

Da tempo la Regione Lazio ha attivato un sistema centralizzato di prenotazione anche telefonica delle prestazioni di medicina specialistica e di diagnostica per immagini, capace di distribuire la domanda in base alle disponibilità. Si tratta di uno strumento di equidistribuzione dell'offerta che è stato notevolmente potenziato nel corso degli anni. Il sistema a regime, infatti, assicura la visibilità di tutte le risorse e consente agli utenti di scegliere di effettuare la prestazione richiesta nella sede che offra la disponibilità con il minor tempo di attesa, oppure in una sede di elezione con tempi di attesa eventualmente più lunghi.

È in corso la modifica della architettura e della tecnologia del sistema: da una organizzazione di sistemi aziendali di prenotazione federati, si è passati ad un unico sistema regionale centralizzato gestito dalla società per l'informatizzazione regionale LA.it. In tal modo si intende superare le difficoltà di funzionamento del sistema che derivavano dalle diverse tecnologie e modalità organizzative utilizzate dalle aziende.

- Inoltre il nuovo sistema RECUP per un corretto funzionamento ha fatto emergere l'esigenza dell'allineamento delle basi dati utilizzate dalle singole aziende in un comune archivio regionale contenente anagrafe sanitaria degli assistiti unificata regionale, condivisa con tutti i Comuni ed utilizzata dalla Regione e da tutti gli enti strumentali della sanità regionale;

- archivio delle prestazioni da erogare con uno stesso codice identificativo, ed eventuali note di preparazione del paziente (tale allineamento è ancora in corso con il contributo di esperti delle branche di specialistiche);

- elenco delle sedi di erogazione, che viene implementato a seguito dell'inserimento in RECUP di nuovi erogatori, che a regime comprenderà tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati.

In prospettiva il sistema dovrà essere collegato a tutte le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie di medicina specialistica e di diagnostica per immagini attive nella Regione. L'implementazione del sistema RECUP

avverrà gradualmente secondo criteri condivisi (strutture accreditate, strutture universitarie, prestazioni erogate in regime di intra moenia, privato).

Nell'ambito del sistema RECUP, il medico di medicina generale ha la possibilità di utilizzare un servizio di prenotazione telefonica a proprio uso esclusivo, a cui è abilitato tramite un codice identificativo personale, a favore dei propri assistiti. A fronte di un sospetto diagnostico o di un quadro clinico ritenuto grave, il MMG può prenotare alcune prestazioni in regime di priorità con un tempo di attesa mai superiore a 10 gg dalla data della richiesta.

4.4 Adeguamento del flusso informativo alle esigenze di monitoraggio previste dal piano

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 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. 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.

Il Piano Nazionale prevede il monitoraggio di prestazioni che, essendo correlate ad aree nosologiche definite, presuppongono la conoscenza della diagnosi. Poiché, attualmente, dai flussi informativi non può essere rilevato il sospetto diagnostico, per migliorare la tracciabilità nei flussi informativi delle prestazioni da sottoporre al monitoraggio specifico previsto, si dovrà garantire una procedura di facile identificazione di tali prestazioni, a cura del prescrittore.

4.5 Adempimenti del sistema RECUP e dell'Agenzia di Sanità Pubblica

Mensilmente saranno forniti all'ASP da parte del RECUP, con modalità che verranno concordate tra le sopra citate strutture, tutte le basi dati necessarie al fine di effettuare oltre al monitoraggio dei tempi d'attesa, le elaborazioni statistiche successivamente descritte che saranno fornite per ogni trimestre a questa Direzione Generale con le relative valutazioni tecniche da parte dell'ASP.

RECUP:

1. lista di attesa: è l'elenco in cui è riportato il numero complessivo di utenti prenotati in agenda, nel momento in cui viene eseguita la rilevazione, per l'effettuazione delle prestazioni considerate.

Per singola struttura e singola prestazione si potranno calcolare:

- numero di utenti in attesa;

- percentuale di utenti che hanno rifiutato la prima disponibilità.

2. tempo di attesa: la differenza, in giorni effettivi di calendario, tra la data prescelta come giorno indice e la data della prima disponibilità, offerta da ciascuna struttura, utile ad eseguire la prestazione;

Per avere una rilevazione dei tempi di attesa, omogenea sul territorio regionale, dovranno essere determinate per ciascun giorno indice, le prime disponibilità delle prestazioni monitorate nelle singole strutture della regione. Il tempo di attesa, per ciascuna struttura, dovrà essere determinato anche qualora nel giorno indice non risulti nessuna richiesta di prenotazione per la prestazione da monitorare.

La prima disponibilità effettiva, da tenere in considerazione per la determinazione dei tempi di attesa, deve essere la prima data in cui esiste, nel presidio erogatore, almeno un'agenda con il 30% di appuntamenti disponibili. Questo consente di evitare distorsioni nella rilevazione dei tempi di attesa causate dal considerare, come prima disponibilità, la prima data fruibile a seguito di rinunce di appuntamenti già prenotati.

3. tempo di prenotazione (1° e 16° giorno): la differenza, in giorni effettivi di calendario, tra la data in cui il cittadino richiede l'effettuazione della prestazione e la data della disponibilità accettata dal cittadino stesso (per i cittadini che hanno effettuato la prenotazione nei giorni 1° e 16°).

ASP:

4. tempo di prenotazione storico: la differenza, in giorni effettivi di calendario, tra la data in cui l'utente richiede l'effettuazione della prestazione e la data dell'erogazione della prestazione.

Per ciascuna struttura e singola prestazione, quindi, si potranno elaborare le seguenti misure di sintesi:

a. media aritmetica e mediana;

b. tempo di prenotazione massimo e minimo;

c. numero, assoluto e percentuale, di utenti con tempi di prenotazione sotto soglia;

d. distribuzione di frequenza, assoluta e percentuale, di utenti con tempi di prenotazione per classi temporali (es. 0-15 giorni, 15-30 giorni ecc.) e analisi tra le prestazioni disponibili in agenda ed erogate in base ai dati SIAS.

4.6 Adempimenti delle Aziende Sanitarie

Entro 90 giorni dall'approvazione del 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 dovranno adottare un programma attuativo aziendale, che dovrà essere inviato alla Direzione regionale TSSSR per le verifiche relative alla coerenza con gli indirizzi regionali.

Nei piani attuativi le Aziende dovranno definire le politiche complessive d'intervento per il contenimento dei tempi di attesa in coerenza con gli indirizzi regionali già emanati in tema di contenimento dei tempi di attesa e con i contenuti del suddetto piano regionale (dopo l'approvazione da parte del comitato permanente per la verifica dei LEA).

Così come previsto dal piano nazionale dovranno essere definite le procedure per garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva, per velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli

esami e per utilizzare l'opportunità di una adeguata organizzazione della libera professione, dovrà essere inoltre essere differenziato il ruolo degli ospedali e del territorio.

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, portali aziendali e carte dei servizi, nonché prevedendo la diffusione delle suddette informazioni anche presso strutture di abituale accesso dei cittadini (Call Center regionale, farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta ecc.).

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 zonale e quelle, caratterizzate da medio-alta complessità e più bassa domanda, da garantire in un ampio bacino d'utenza a livello di ASL/regione.

Le Direzioni Sanitarie delle ASL e le AO, metteranno a disposizione della Direzione Regionale tutte le informazioni utili per la sopra citata analisi delle criticità ove siano superati i tempi massimi previsti individuando, eventuali possibili soluzioni anche al fine dell'utilizzo dei finanziamenti di cui alla legge regionale 28 aprile 2006, n. 4 per l'esercizio 2006 (art. 11, L.R. 20 novembre 2001, n. 25) pubblicata sul BURL 29 aprile 2006, n. 12, suppl. n. 5.

In articolare, nella elaborazione dei piani, sarà necessario:

- effettuare il monitoraggio della offerta-domanda ed elaborare un piano di rientro, per le prestazioni per le quali non si riuscirà a garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti;
- individuare le iniziative utili per la razionalizzazione della domanda, per aumentare i tempi di utilizzo delle apparecchiature e per incrementare la capacità di offerta dell'Azienda;
- evidenziare le azioni correttive da mettere in campo a fronte delle criticità rilevate, i costi presunti/stimati ed i tempi previsti per il suddetto piano di rientro.

L'eventuale erogazione delle prestazioni attraverso la libera attività professionale per ridurre le liste di attesa dovrà essere governata attraverso lo strumento di Budget. Inoltre devono essere emanati specifici regolamenti che devono:

- essere orientati a fornire i criteri e vincoli per regolamentare e organizzare l'attività libero professionale intramuraria, in modo da assicurare che anche detta attività concorra alla riduzione delle liste di attesa;
- relativamente alla retribuzione di risultato, la parametrizzazione di coefficienti per obiettivi volti ad individuare le modalità per la riduzione delle liste;
- relativamente alla libera professione intramuraria, la definizione del rapporto equilibrato di questa con l'attività istituzionale e rispetto dei vincoli fissati dall'Azienda, nonché esplicito vincolo di esclusività verso un'adeguata riduzione delle liste di attesa.

4.7 Modalità per la sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni

L'intesa del 28 marzo 2006 contiene le indicazioni riportate di seguito: "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 29 novembre 2001. Le

regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono adottare, sentite 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, disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa perché legata a motivi tecnici. Di tutte le sospensioni va informato, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 27 maggio 2002, n. 122". Si conferma quanto contenuto nella nota n. 68985/4A/01 relativa al divieto di chiusura delle agende ed alle procedure da adottare nei casi nei quali tale evento temporaneo sia inevitabile.

5. Le misure da prevedere nel caso di superamento dei tempi massimi di attesa

Nel programma aziendale, sentite le organizzazioni sindacali e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori, dovranno essere 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. 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 prevalutazione 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.).

Nel caso di superamento del tempo di attesa si deve prevedere la possibilità di offrire al cittadino la prestazione anche attraverso il ricorso alle prestazioni in attività aggiuntiva da parte dei professionisti.

La possibilità di usufruire delle prestazioni in attività aggiuntiva è subordinata alla impossibilità di erogare la prestazione non solo nella struttura dove è previsto il rispetto del tempo massimo, ma anche nelle altre strutture presenti come erogatrici per quella prestazione e non presenti nel programma attuativo aziendale. Nella fattispecie, viene offerta al cittadino una struttura alternativa a quella richiesta in grado di garantire il rispetto dei tempi, per cui viene a decadere l'ipotesi dell'utilizzo delle prestazioni in attività aggiuntiva.

Invece, nel caso in cui si venga a creare la impossibilità oggettiva di effettuare la prestazione secondo quanto sopra riportato, sussistendo la possibilità di erogare la prestazione richiesta, oltre che in attività aggiuntiva, anche tramite contratti libero professionali, utilizzo di specialisti convenzionati interni, acquisto da privati e quant'altro, la direzione provvederà ad attivare la procedura a maggior efficienza ed il RECUP dovrà comunicare con il cittadino offrendo un accesso nei tempi previsti. È 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 potrebbe rendere effettivamente necessario, un piano di investimenti e/o l'applicazione di istituti incentivanti, previa verifica sull'utilizzo di fondi già stanziati, della attività erogata e della organizzazione del lavoro. Sulla base delle eventuali segnalazioni di superamento del tempo di attesa standard, la Direzione Regionale TSSR Area 4V/01 effettuerà, qualora ritenuto necessario, le opportune verifiche sia con il RECUP, a conferma del dato evidenziato, sia con le ASL o le AO, al fine di analizzare le criticità e le cause che hanno determinato il superamento dei tempi di attesa ritenuti ottimali per la prestazione considerata.

Al fine di rendere facilmente comprensibili all'utenza le possibilità di erogazione della prestazione qualora non sia possibile il rispetto dei tempi di attesa massimi presso l'erogatore richiesto dall'utente, il RECUP integrerà il modulo di prenotazione con la prima data utile della prestazione richiesta a livello di ASL per le province di Viterbo - Rieti - Latina - Frosinone - e a livello delle ASL della provincia di Roma per le ASL A, B, C, D, E, F, G, H, tranne per le prestazioni diagnostiche che per la loro estrema particolarità non possono essere erogate a livello aziendale o provinciale.

Il RECUP evidenzierà inoltre nelle agende attraverso campi separati le prestazioni prenotabili all'interno di percorsi diagnostico-assistenziali per cui la prenotazione non avviene da parte del cittadino al RECUP, ma direttamente da parte dello specialista prescrittore al RECUP stesso.

6. La velocizzazione della refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami, differenziando il ruolo degli ospedali e del territorio

Il contenimento dei tempi di refertazione contribuisce ad aumentare l'efficienza del sistema, a ridurre i tempi di degenza, e ad aumentare la soddisfazione degli utenti.

Per quanto attiene la refertazione, va precisato che si possono considerare momenti diversi, ma ovviamente il tempo che determina il tempo percepito dal cittadino è l'effettiva disponibilità per essere ritirato.

Per alcune tipologie di prestazioni il tempo tecnico di esecuzione può richiedere molti giorni perché sia realmente disponibile per il cittadino è compito delle Aziende vigilare su tutte quelle situazioni riconducibili ad inefficienza organizzativa per le quali la disponibilità del referto è ritardata.

In ambito ospedaliero è in fase di realizzazione il progetto "order entry" che prevede un sistema integrato tra i reparti di degenza e i laboratori di analisi che attraverso modalità standardizzate di comunicazione informatizzata ottimizzino i tempi di trasmissione dei referti. Tale progetto viene realizzato dalla Soc. Engineering sanità enti locali SPA e da LA.it.

7. I ricoveri di elezione: gestione delle agende di prenotazione presso le strutture a gestione diretta e quelle accreditate

Si indica di seguito una linea di indirizzo per le agende di prenotazione dei ricoveri programmabili, al fine di rendere omogenee a livello regionale le informazioni ed i contenuti delle agende, sulla base di quanto contenuto nel progetto Mattoni - "tempi di attesa" principi generali e proposte operative.

Si riportano di seguito linee-guida estratte dal progetto mattoni al fine di supportare le aziende sanitarie ed ospedaliere nella progettazione e gestione delle Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili. Si costituirà un gruppo tecnico regionale coordinato dalla Direzione Regionale per la definizione del "Disciplinare tecnico regionale per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" che recepisca la procedura generale per la gestione dei registri di ricovero ma che preveda variazioni/specificazioni regionali.

La gestione delle prenotazioni così come definita, deve prevedere come elementi organizzativi:

- > la attivazione di registri presso le UUOO;
- > la possibilità di inserimento degli stessi in un percorso "informatizzato" unico di struttura;
- > responsabilizzazione degli operatori alla tenuta del registro;
- > la ridefinizione della modulistica da utilizzare e consegnare all'assistito.

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 D.P.C.M. 19 maggio 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 viene

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

Come previsto dal D.L. 30 settembre 2003, n. 269 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 e la declinazione regionale sulle classi di priorità. Il dato qui inserito sarà poi trasferito nel corrispondente campo della SDO.

Rispetto ai dati riportati nella seconda parte, si precisa: 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).

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 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.).

7.1 Inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) del campo classe di priorità

Secondo quanto deciso nell'Accordo 11 luglio 2002 e nell'Intesa 28 marzo 2006 "dal 1° gennaio del 2007 le regioni garantiscono l'inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) di due nuovi campi: data di prenotazione e classe di priorità (qualora abbia adottato tale modalità di ammissione al ricovero); queste informazioni permetteranno una lettura a tutto campo del fenomeno dei tempi di attesa per i ricoveri".

Dal momento che il primo campo è già stato previsto, mentre il secondo rappresenta una novità, nel tracciato SDO, in tempo utile per la rilevazione del 2007, dovrà essere prodotta dall'ASP una proposta di modifica che preveda la rilevazione dei valori delle classi di priorità sopra riportate. Entrambi i campi divengono un debito informativo obbligatorio.

8. Criteri per la comunicazione e l'informazione sulle liste di attesa ai cittadini

Il Piano regionale promuove l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa ai cittadini che devono essere considerati come una risorsa strategica finalizzata al miglioramento della qualità del servizio. Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per trasmettere informazioni ai cittadini riguardo al sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

Allo scopo, vanno sostenuti e potenziati strumenti quali il portale regionale, i siti web aziendali, le campagne informative, gli Uffici relazioni con il pubblico (URP), le Carte dei servizi e la rilevazione della soddisfazione degli utenti.

Va altresì pienamente valorizzata la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza delle attività e delle modalità di accesso ai servizi e favorire la fidelizzazione dei cittadini alle strutture del proprio territorio.

I criteri per la comunicazione e l'informazione sulle liste d'attesa ai cittadini devono avere le caratteristiche temporali sotto elencate:

1. Periodicamente il sistema RECUP dovrà pubblicare sul portale regionale i tempi d'attesa per le prestazioni in urgenza, differibili, non urgenti delle UO. Le comunicazioni sulle liste d'attesa devono essere inviate alla rete dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta affinché possano costituire argomento di orientamento per gli assistiti.

2. Piani di rientro delle liste d'attesa rispetto alla domanda della popolazione ed all'appropriatezza delle prescrizioni.

La legge regionale di bilancio 2006 ha previsto anche il finanziamento del progetto relativo all'applicazione dell'audit civico delle Aziende Sanitarie Locali.

Inoltre il gruppo di lavoro per il monitoraggio ed il contenimento delle liste e dei tempi di attesa è formato oltre che da componenti istituzionali da rappresentanti di Associazioni di tutela degli utenti: Cittadinanzattiva - TDM e Centro per i diritti del cittadino CODICI Onlus.