REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 10 febbraio 2007 - Deliberazione N. 170 - Area Generale di Coordinamento N. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. – N. 20 - Assistenza Sanitaria - **Piano Regionale Contenimento Tempi di Attesa (PRCTA).**

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 legge16 novembre 2001, n. 405, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002,2003 e 2004. A tal fine, a titolo di regolazione debitoria, è autorizzata la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno2006. L'erogazione del suddetto importo da parte dello Stato è subordinata all'adozione da parte delle regioni dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo posto a loro carico per i medesimi anni;

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 alla stipula di una Intesa tra Stato e Regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 2008;

VISTO
-Il Piano Nazionale di contenimento delle liste di attesa approvato il 28.03.2006 in sede di Conferenza Stato Regioni;
-Il punto 2 del suindicato Piano Nazionale che prevede "Le Linee generali di intervento che le Regioni garantiscono per un approccio strategico al problema del contenimento dei Tempi di Attesa;"

VISTA
-La legge regionale n.1 del 2.03.2006 recante "Disposizioni per l'effettivo esercizio del diritto alla salute";
- La DGRC n. 880/2006 contenente il primo documento programmatico avente ad oggetto "Piano Attuativo di contenimento delle Liste di Attesa";

VISTO
- il documento elaborato a seguito dell'Incontro del Ministero della Salute con gli Assessori alla Sanità delle regioni avvenuto il 20 novembre 2006;

RITENUTO
-di dover aggiornare il Piano Regionale di contenimento delle Liste di Attesa di cui alla D.G.R.C n. 880/20006, sulla base delle ulteriori indicazioni contenute nel documento elaborato dal Ministero della Salute;
- di dover stabilire che le Aziende Sanitarie aggiornano ed adottano, entro il termine di 30 gg a decorrere dalla notifica del presente provvedimento, il Programma Attuativo Aziendale, così come modificato dalla presente Delibera.

Propone e la Giunta, in conformità, a voti unanimi

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa che sono parte integrante della presente deliberazione:
- di aggiornare con l'allegato Piano, che forma parte integrante e sostanziale della presente delibera, il Piano Regionale di contenimento sulle Liste di Attesa di cui alla DGRC n. 880/2006, sulla base delle ulteriori indicazioni contenute nel documento elaborato dal Ministero della Salute;

- di trasmettere la presente delibera con l'allegato Piano Regionale al Comitato per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) al fine di la verificarne la congruità con il Piano nazionale di contenimento sulle Liste di Attesa, così come stabilito nei termini di legge;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie aggiornano ed adottano, entro il termine di 30 gg decorrenti dalla notifica del presente provvedimento, il Programma Attuativo Aziendale, così come modificato dalla presente delibera, fatti salvi ulteriori aggiornamenti a seguito di eventuali indicazioni del Comitato per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- di notificare il Piano Regionale di contenimento delle Liste di Attesa alle Associazioni interessate;

Il presente provvedimento con il relativo allegato viene inviato al Gabinetto del Presidente, alle Aree Generali di Coordinamento 19 e 20, all'ARSAN, ai Settori proponenti per i provvedimenti di competenza, al Settore Stampa Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la immediata pubblicazione sul BURC.

Il Segretario
D'Elia

Il Presidente
Bassolino

PIANO REGIONALE CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

PREMESSA

I tempi di attesa costituiscono una delle problematiche più diffuse nei sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie.

Anche in Italia tale problematica è particolarmente sentita, tanto da suscitare al riguardo il continuo interesse del legislatore, fino ad ottenere il riconoscimento di elemento costitutivo o "componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza", in quanto in grado di influenzare con buona probabilità il risultato clinico delle prestazioni sanitarie o la condizione di vita sociale dei cittadini. Infatti il tempo di erogazione costituisce una delle caratteristiche fondanti dei livelli essenziali di assistenza perché la prestazione oltre ad essere appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo deve essere erogata al tempo "giusto".

I numerosi interventi normativi hanno avuto come obiettivo quello di garantire, mediante tempi d'accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici presentati, il rispetto di fondamentali diritti alla persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La lunghezza, in alcuni casi eccessiva, delle liste di attesa rappresenta, per un sistema sanitario, un evento fortemente critico, in quanto può limitarne la garanzia d'equità d'accesso e la fruizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché ridurre la qualità percepita.

Le specificità e le complessità che riguardano i tempi di attesa sono molteplici, esse investono principalmente il bene oggetto implicito della richiesta, cioè la tutela della salute e la sua rilevanza individuale e collettiva, il diverso impatto in termini di salute di una stessa prestazione resa a pazienti diversi, un sistema di offerta disomogeneo e non interconnesso, il rapporto fiduciario tra il paziente ed un dato erogatore.

L'intervento della recente Legge 23 dicembre 2005 n .266 all'articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309 ha non solo dotato, in tema dei tempi e delle liste di attesa, i provvedimenti già adottati in sede nazionale e regionale di ulteriore forza e vigore ma ha dettato disposizioni vincolanti ed indirizzi per il Piano Nazionale per il contenimento dei Tempi di Attesa. Tale Piano, approvato in sede di Conferenza Stato –Regioni nella seduta del 28 marzo 2006, ha offerto al Paese una risposta al perdurare del fenomeno delle liste d'attesa, individuando strumenti e modalità di collaborazione di tutti gli attori del sistema.

Sono state introdotte alcune significative novità ed innovazioni che si tradurranno in vantaggi per il cittadino con l'adozione dei Programmi Aziendali.

Il problema è stato affrontato su due dimensioni, per ciascuna delle quali si individuano atti volti ad assicurare precise responsabilità nella gestione dei tempi di attesa.

La prima dimensione si pone in ambito regionale, avendo le Regioni l'obbligo di dotarsi di uno strumento programmatico unico e integrato, nel quale far confluire e rendere coerenti tutti gli atti e provvedimenti già adottati sul tema delle liste d'attesa al fine di garantire un abbattimento dei tempi di attesa, agendo nello stesso tempo sul lato della domanda e su quello dell'offerta.

E', altresì, previsto che in tutte le regioni si proceda alla attivazione del Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP), in grado di assicurare tempestività, trasparenza e sinergia per facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriali e ospedaliere.

La seconda dimensione si pone in ambito locale, mediante provvedimenti volti ad assicurare al cittadino l'erogazione delle prestazioni presso strutture pubbliche o accreditate nei tempi di attesa fissati dall'Azienda che non dovranno essere superiori a quelli fissati dalla Regione.

Il cittadino nel momento in cui ha bisogno di ottenere, a seguito di un'appropriata prescrizione del medico di famiglia o dello specialista una prestazione saprà con certezza in quale struttura troverà risposta entro il termine massimo previsto.

Questa impostazione fortemente innovativa consente di individuare con chiarezza la catena di responsabilità che fino ad oggi invece non era chiara.

La Regione Campania con il presente Piano, oltre ad assicurare la coerenza e l'attuazione del Piano Nazionale di contenimento delle liste di Attesa, ha inteso affidare un ruolo rilevante e decisivo alle Aziende Sanitarie in quanto destinatarie della concreta attuazione delle indicazioni e dei criteri stabiliti, mediante la scelta delle strategie più idonee a garantire la riduzione, nel proprio specifico contesto locale, delle liste e dei tempi di attesa.

QUADRO NORMATIVO

Normativa Nazionale

-**Legge 23.12.94 n. 724** " Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" -articolo 3, comma 8;
-**D.P.C.M. 19.05.95** "Carta dei Servizi pubblici sanitari";
-**Legge 23,12.96 n. 662** "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica"-articolo 1, comma 34;
-**Legge 27.12.97 n. 449** "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" -articolo 33, comma 1;
-**D.Lds 29.04.98 n. 124** "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell'art.59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449"-articolo 3, commi10-15;
-**D.P.R. 23.07.98** "Piano Sanitario Nazionale 1998-2000;"
-**D.Lgs.19.06.99 n. 229** "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 11 della legge 30 .11. 1998, n. 419"-articolo 15 quinquies, comma 3;
-**DPCM 27.03.00** "Atto di indirizzo e coordinamento concer4nente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale";
Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001
-**DPCM 29.11.2001 "**Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
-**Accordo Stato Regioni 14.02.n.724** "Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa";
-**DPCM 16.04.02** "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa";
-**Accordo Stato Regioni 11.07.2002** "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche indirizzi applicativi sulle liste di attesa";
-**Legge 27 12.2002 n. 289** "Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica"-articolo52, co. 4;
-**DPR 23.05.2003** "Piano sanitario 2003-2005";
-**Accordo Stato Regioni 24.07.2003** "Accordo tra il Ministero della Salute,le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l'attuazione del Piano Sanitario 2003-2005";
-**Legge 23.12.05 n. 266** " Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica"-articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309;
- **Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006** "Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266";

Normativa Regionale

- **D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001,** con la quale viene regolamentata una corretta prescrizione farmaceutica e le contestazioni nelle attività di controllo sui prescrittori(Legge 425/96);
- **D.G.R. n. 3513 del 20.07.01**, con la quale la Regione Campania, in applicazione dell'articolo 3 del D.Lgs n. 124/98, ha adottato provvedimenti urgenti per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e il contenimento della spesa sanitaria;
- **D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001,** con la quale la Regione Campania ha emanato una prima direttiva sulla disciplina delle liste di attesa. Tale delibera,infatti, oltre alla rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale, ha definito i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa sia per le prestazioni in costanza di ricovero che ambulatoriale, nonchè regolamentato l'attività libero professionale, la comunicazione,l'informazione e il monitoraggio;
-**D.G.R. n. 1082 del 15.03.2002,** con la quale vengono dettate disposizioni attuative del DPCM 29.11.2001 concernente I Livelli Essenziali di Assistenza;
-**D.G.R. n.2079 del 13.06.2003,** con la quale sono stati adottati provvedimenti concernente la legge 405 del16.11.2001;

- **D.G.R.C. n. 3142/03**, con la quale la Regione ha approvato "Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione di servizi sanitari", con specifico riferimento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale. Con tale progetto, che è in fase di attuazione, le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto un protocollo di intesa con il quale hanno dichiarato la propria disponibilità ad adeguare i CUP aziendali alle indicazioni contenute nei documenti tecnici.
-**Circolare n. 1 del 19/07/2005 "Liste di Attesa"** con cui vengono suggeriti criteri e modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria;
- **Nota circolare assessorile prot. n. 216050 del 28.03.06**, che in attuazione della D.G.R.C. n. 512 del 15.04.05, l'A.G.C. Piano Sanitario Regionale ha fornito alle ASL delle regole relativamente alla corretta modalità di compilazione della variabile "data di prenotazione da compilare sulle SDO.
- **Legge n. 1 del 02/03/06** recante " Disposizioni per l'effettivo esercizio del diritto alla salute", nella quale sono state previste ulteriori interventi per ridurre ed eliminare progressivamente i tempi e le liste di attesa.

GOVERNO DELLA DOMANDA E CRITERI DI PRIORITA'

All'allungamento dei tempi di attesa concorrono una molteplicità di fattori complessi:
1)la crescente richiesta di prestazioni sanitarie favorita dal progresso tecnologico.
2)la percezione del proprio stato di salute da parte dei cittadini;
3)la valutazione delle necessità assistenziali da parte dei medici (medicina generale e specialistica);
4)la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strumentali da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato utilizzo e la complessiva capacità organizzativa. Per una possibile soluzione del problema delle liste d'attesa bisogna intervenire per modificare l'attuale contesto organizzativo del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie. Gli interventi di modifica del contesto richiedono cambiamenti del sistema del governo della domanda e/o dell'offerta.

Revisioni periodiche dell'attività prescrittiva

Il criterio dell'appropriatezza deve essere il principale criterio per il governo e la razionalizzazione della domanda di prestazioni specialistiche.

Un piano per la riduzione dei tempi di attesa non può prescindere da una accurata analisi di quali siano le prestazioni realmente necessarie e quale sia il loro più efficace utilizzo.

E' pertanto necessario intensificare a tutti i livelli lo sforzo teso a garantire l'adozione degli strumenti utili a migliorare l'appropriatezza delle richieste diagnostiche e terapeutiche.

La normativa nazionale contiene espliciti riferimenti all'appropriatezza come condizione necessaria per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza a carico del SSN. Lo stesso DPCM che definisce i livelli essenziali di assistenza, individua anche le prestazioni e le attività che il SSN non fornisce, in quanto si tratta di prestazioni che non hanno come fine diretto la tutela della salute, perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o, ancora, perché il bilancio complessivo dei loro benefici, in rapporto al costo, risulta sfavorevole.

In effetti, per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni è necessario agire su più livelli ed in particolare sulla formazione e l'aggiornamento continuo dei prescrittori. Parallelamente devono essere garantite sistematiche revisioni dell'appropriatezza della attività prescrittiva.

In particolare con la DGRC 4061/01 la Regione Campania ha disposto che "qualunque ipotesi di revisione organizzativa sui tempi di attesa non può prescindere da un'attenta analisi dell'efficacia di quello che viene erogato e della necessità/adeguatezza in rapporto alla patologia dell'utente o anche al tipo di approccio organizzativo che viene utilizzato, e ha proposto di sottoporre a revisione la domanda di prestazioni effettuata dagli specialisti, utilizzando il loro coinvolgimento partecipativo".

Si ribadisce qui la necessità di introdurre modelli gestionali basati sul coinvolgimento partecipativo e progressivo dei principali attori coinvolti, coordinati da dirigenti medici di ospedale e di distretto con funzioni di "facilitatori" in linea con il modello sostenuto dal clinical governance che prevede il sostegno alle attività di monitoraggio e revisione dell'attività dei clinici.

Governo clinico

Al fine di accrescere l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa, ogni Azienda adotta tutti gli strumenti del governo clinico per perseguire gli obiettivi di miglioramento.

Per governo clinico si intende un sistema attraverso il quale le aziende sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria.

Le attività che compongono il progetto di Governo Clinico, orientato alle liste di attesa, possono così riassumersi:

- l'efficacia, intesa come capacità di ottenere la migliore performance;
- l'efficienza, ossia l'uso razionale ed appropriato delle risorse;
- l'opinione del cittadino, intesa come capacità del sistema di tenere in considerazione le opinioni, le preferenze e le segnalazioni dei cittadini e di imparare da queste per il miglioramento della pratica clinica;
- l'efficacia della formazione, come capacità del sistema di sviluppare programmi di formazione e valutazione del personale i cui risultati siano misurabili e monitorati;
- l'efficacia della comunicazione, che prevede la capacità di sviluppare buoni sistemi di comunicazione dentro l'organizzazione e verso l'esterno;
- il miglioramento continuo della qualità come programma dell'organizzazione e come capacità di identificare e disseminare innovazione e buone pratiche.

Saranno costituiti con provvedimento della Giunta gruppi di lavoro (con Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta., Specialisti, Direttori dei Distretti e degli Ospedali, Responsabili degli Ambulatori, ecc…) che utilizzino la metodologia del coinvolgimento partecipativo e progressivo e della verifica e miglioramento continuo dei risultati. Nell'ambito di questi gruppi di lavoro si possono individuare e condividere strategie utili a promuovere l'adesione a criteri di efficacia clinica e il ricorso a percorsi diagnostico-terapeutici strutturati in modo da garantire anche il rispetto dei tempi massimi di attesa.

Le AASSLL, AAOO, AAOOUU e gli IRCCS, che d'ora in avanti saranno individuate con la denominazione di Aziende Sanitarie, dovranno costituire, con atto formale una Commissione di esperti che, utilizzando la metodologia proprio del governo clinico, orienti l'attività almeno sui seguenti aspetti:

- Analisi dell'offerta e della domanda delle prestazioni sanitarie e/o sociosanitarie;
- Individuazione, definizione e promozione di modelli organizzativi funzionali agli obiettivi di contenimento delle liste di attesa;
- Individuazione e definizione dei principali percorsi-diagnostici terapeutici sulla base di linee guida rispondenti ai criteri dell'EBM;
- Individuazione e definizione dei principali criteri e principi dell'appropriatezza prescrittiva;
- Promozione di attività di formazione, per gli operatori sanitari, finalizzate al miglioramento della gestione delle liste di attesa.

Le eventuali iniziative e strategie proposte dai gruppi di lavoro saranno formalmente adottate dalle direzioni aziendali.

La Commissione di cui sopra dovrà affiancare il referente aziendale per le liste di attesa che dovrà essere nominato dalla Direzione Aziendale e dovrà coordinare tutte le attività connesse con la gestione delle liste d'attesa, dal monitoraggio all'individuazione e proposta di correttivi.

Le aziende sanitarie invieranno, con cadenza semestrale, all'apposita Commissione di cui si specificherà nel paragrafo sul monitoraggio incluso nel presente Piano, un rapporto sull'attività svolta.

Criteri di priorità di accesso

Per facilitare l'accesso ai servizi e per promuovere un sistema di gestione dell'offerta che tenga anche conto della gravità del bisogno, la Regione Campania adotta il sistema della classificazione della domanda di prestazioni in base a criteri di priorità clinica. Nel sistema sanitario, infatti, la possibilità di attribuire a singoli utenti tempi di attesa diversi è determinante per l'efficacia e l'efficienza del sistema.

La Legge Regionale n. 1 del 2 marzo 2006 già stabilisce che la Regione Campania "favorisce la cooperazione tra i medici deputati alla prescrizione delle prestazioni sanitarie di base e specialistiche ed i medici erogatori delle prestazioni medesime nella elaborazione delle priorità cliniche e dei percorsi terapeutici definiti. Per priorità cliniche si intendono le condizioni cliniche sulla base delle quali gli operatori sanitari attribuiscono al paziente un tempo di attesa ragionevole per ottenere l'erogazione della prestazione sanitaria senza comprometterne la prognosi e la qualità

della vita. Per percorso terapeutico predefinito si intende l'insieme delle prestazioni sanitarie appropriate per giungere ad un obiettivo diagnostico e terapeutico" (art.3, comma 2, lett.b).

Al fine di avviare, per l'anno 2007, in Regione Campania il sistema delle priorità cliniche, le Aziende Sanitarie Locali dovranno prevedere, nei loro programmi attuativi aziendali, il coinvolgimento e la formazione dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di libera scelta, degli Specialisti ambulatoriali. A tali medici prescrittori sarà richiesto, nel prescrivere interventi diagnostico terapeutici programmabili, di gestire il fattore tempo, correlando il bisogno del paziente e la prestazione da effettuare con il tempo ottimale entro cui questa dovrebbe essere effettuata. Ciò nell'attesa del collegamento in rete del MMG e PLS con il CUP che consentirà l'inserimento diretto in lista di attesa .

E', inoltre, loro richiesto di comunicare in modo comprensibile all'utente e all'organizzazione la decisione. La comunicazione all'organizzazione avviene indicando, obbligatoriamente, sulla prescrizione, all'atto della richiesta di prestazione, la classe di priorità clinica, tra quelle sotto indicate, attribuita al paziente nello stato di sofferenza considerato.

Il nuovo ricettario predisposto per il SSN prevede già la presenza di quattro caselle dove il prescrittore, marcandola, può comunicare all'erogatore il livello di priorità prescelto.

Di conseguenza le liste di attesa negli ambulatori e negli ospedali, sia pubblici che temporaneamente accreditati, dovranno essere composte tenendo conto della classe di priorità cui appartiene il paziente da iscrivere. I pazienti con uguale livello di priorità dovranno essere trattati secondo l'ordine cronologico di prenotazione (giorno e ora di registrazione nel sistema).

Naturalmente sono escluse dall'applicazione dei criteri di priorità le prestazioni ad accesso diretto con o senza impegnativa.

La Regione Campania definisce le seguenti classi di priorità sulla base delle indicazioni contenute nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 11 luglio 2002.

TAB1

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	
Classe U	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 o la disabilità. Tempo massimo 10 gg.
Classe B	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Tempo massimo 20 gg.
Classe D	Prestazioni che possono essere programmate in un arco di tempo maggiore in quanto non influenza la prognosi, il dolore, le disfunzioni e la disabilità. Tempo massimo 30 gg.
TAB 2	
PRESTAZIONI ONCOLOGICHE E DI RADIOTERAPIA DI CUI ALL'ACCORDO STATO REGIONI DEL 11 LUGLIO 2002	
Classe P	Visite specialistiche per sospetta neoplasia (prima visita). Tempo massimo 10 gg.
Classe UP	Intervento di asportazione di neoplasia maligna. Tempo massimo 30 gg.
Classe BP	Inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia. Tempo massimo 15 gg.

TAB 3

PRESTAZIONI DI RICOVERO	
Classe U	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque, possono arrecare grave pregiudizio alla prognosi.Tempo massimo 30 gg.
Classe B	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. Tempo massimo 60 gg.
Classe D	Casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. Tempo massimo 90 gg.

Tempi massimi di attesa

Il tempo massimo di attesa per una prestazione è, naturalmente, il tempo, espresso in giorni, più lungo che può intercorrere tra la data della richiesta della prestazione e l'erogazione della prestazione stessa all'interno dell'ambito organizzativo o territoriale considerato.

I tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'Accordo Stato Regioni del 28 marzo 2006 fissati dalla Regione Campania sono riportati nelle successive tabelle.

Per tali prestazioni il tempo massimo di attesa individuato dovrà essere garantito per il 90% dei richiedenti.

TAB 4

A. AREA ONCOLOGICA				
Prestazioni ambulatoriali				
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
1	Visita oncologica		89.7	10 gg.
2	Visita radioterapia pretrattamento		89.03	10 gg.
Radiologia				
3	Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1 – 87.37.2	15 gg.
TC con o senza contrasto				
4	Torace	87.41	87.41 – 87.41.1	15 gg.
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 – 88.01.1	15 gg.
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 – 88.01.3	15 gg.
7	Addome completo	88.01	88.01.6 – 88.01.5	15 gg.
Risonanza Magnetica				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 – 88.91.2	15 gg.
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 – 88.95.5	15 gg.
Ecografia				
10	Addome	88.74 88.75 88.76	88.74.1 – 88.75.1 – 88.76.1	15 gg.
11	Mammella	88.73	88.73.2	15 gg.

Esami Specialistici				
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	15 gg.
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	15gg.
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 – 45.16	15 gg.
15	Broncoscopia	33.23	33.22	15 gg.
16	Colposcopia	70.21	70.21	15 gg.
17	Cistoscopia	57.32	57.32	15 gg
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)		60.11.1	15 gg.
Radioterapia				
19	Sessione di radioterapia	V 58.0	92.24.1 92.24.2 92.25.1 92.25.2	15 gg.
Prestazioni in ricovero ordinario				
Numero	Prestazione	Codice Interv.	Codice diagnosi	Tempo massimo
20	Interventi chirurgici tumore mammella	Categoria 85.4	Categoria 174	20 gg.
21	Interventi chirurgici tumore prostata	60.5	185	20 gg.
22	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7 45.8 48.5 48.6	Categorie 153 154	20 gg.
23	Interventi ginecologici (per tumori utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	20 gg.
Prestazioni in day hospital / day surgery				
Numero	Prestazione	Codice Interv.	Codice diagnosi	Tempo massimo
24	Chemioterapia	99.25	V58.1	10 gg.

B. AREA CARDIOVASCOLARE				
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
25	Visita cardiologia	89.7	89.7	30 gg.
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	30 gg.
Ecografia				
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	60 gg.
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	60 gg.
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	60 gg.
Esami Specialistici				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	60 gg.
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	60 gg.
Riabilitazione				
34	Cardiologia	93.36	93.36	30 gg.
Prestazioni in ricovero ordinario				
Numero	Prestazione	Codice Interv.	Codice diagnosi	Tempo massimo
35	By pass aortocoronarico	36.10		60 gg.
36	Angioplastica Coronaria (PTCA)	Categoria 36.0		60 gg.
37	Endoateriectomia carotidea	38.12		60 gg.
Prestazioni in day hospital/day surgery				
38	Coronarografia	88.55 88.56 88.57		60 gg.

Per l' Area Cardiologia, fermo restante quanto stabilito dalla suindicata Tabella B il tempo massimo di attesa dovrà essere orientato all'abbattimento del 50%.

C. AREA MATERNO INFANTILE				
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	30 gg.
Ecografia				
40	Ostetrica-ginecologia	88.78 88.79	88.78 88.78.2	60 gg.

D. AREA GERIATRICA				
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30 gg.
TC con o senza contrasto				
42	Capo	87.03	*87.03 – 87.03.1*	60 gg.
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	*88.38.2 – 88.38.1*	60 gg.
44	Bacino	88.38	88.38.5	60 gg.
Esami Specialistici				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60 gg.
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	60 gg.
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	60 gg.
Prestazioni di ricovero ordinario				
48	Intervento protesi d'anca	81.51 81.52 81.53		60 gg.
Prestazioni in day hospital/day surgery				
49	Cataratta	13.0		60 gg.

E: VISITE SPECIALISTICHE DI MAGGIOR IMPATTO				
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD 9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	30 gg.
51	Visita oculistica	95.0	95.02	30 gg.
52	Visita otorinolaringoiatria	89.7	89.7	30 gg.
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	30 gg.
54	Visita urologia	89.7	89.7	30 gg.

I Direttori Generali, nel Programma Attuativo Aziendale, definiscono i tempi massimi di attesa delle prestazioni sopra riportate, applicabili nell'ambito territoriale di competenza della propria azienda sanitaria. Essi possono definire tempi massimi di attesa inferiori ma non superiori a quelli individuati a livello regionale. I Direttori Generali individuano poi le strutture, a gestione diretta e/o in rapporto di temporaneo accreditamento, nelle quali al cittadino è garantito l'accesso entro il tempo massimo definito. La collocazione geografica delle strutture deve essere tale da garantire facilità di accesso ai cittadini.

Ai fini del rispetto dei tempi massimi di attesa e delle disposizioni contenute nel presente Piano, le Aziende Sanitarie che insistono nel medesimo ambito provinciale, possono tra loro stipulare intese.

I Direttori Generali, sentite le organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza medica e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori, *definiranno* criteri e principi per l'adozione delle misure previste, in caso di superamento dei tempi stabiliti.

Essi, sono responsabili del monitoraggio sistematico e della vigilanza sul rispetto dei tempi massimi di attesa definiti nelle strutture individuate. Nel caso in cui le strutture individuate non siano in grado di assicurare il rispetto dei tempi massimi, essi, con l'ausilio del referente e della commissione di cui al paragrafo sul governo clinico, analizzeranno le cause del fenomeno, metteranno in atto opportune azioni correttive e potranno individuare altre strutture aziendali alternative dove invece il tempo massimo sia rispettato.

Del mancato rispetto dei tempi massimi di attesa definiti e degli interventi correttivi messi in essere, i Direttori Generali daranno tempestiva comunicazione all'Assessorato alla Sanità e all'ARSAN.

In una successiva sessione sono riportate, in dettaglio, le modalità di comunicazione e di diffusione delle informazioni sui tempi massimi fissati e sulle strutture in cui questi sono garantiti.

Il rispetto dei tempi massimi di attesa definiti costituisce elemento per la valutazione gestionale dei Direttori Generali. Inoltre il risultato ottenuto nella gestione delle liste di prenotazione delle prestazioni sanitarie deve costituire elemento di valutazione dei dirigenti.

RAZIONALIZZAZIONE DELL' OFFERTA

La numerosità delle richieste di prestazioni sanitarie è determinata da condizioni oggettive quali i determinanti di salute di una comunità, l'invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione di molte patologie acute in passato letali, l'andamento epidemiologico delle malattie. A questo si aggiunge che oggi i cittadini chiedono maggiore partecipazione attiva alle decisioni del medico. Questo atteggiamento può determinare da parte dei pazienti una richiesta inappropriata di prestazioni sanitarie sulla base dell'influenza dei mass media che talvolta inducono mode sanitarie.
In effetti, l'incremento della capacità di offerta è l'azione che viene generalmente individuata, in maniera più semplice ed immediata, per ridurre il tempo necessario per accedere alle prestazioni incrementandone semplicemente il numero. E' però necessario considerare che i tentativi di far fronte in tal modo al problema dei tempi di attesa non raggiungono sempre il risultato sperato. L'incremento dell'offerta infatti tende, il più delle volte, ad incrementare parallelamente anche la richiesta di prestazioni, quando non è accompagnato da adeguati interventi mirati essenzialmente alla valutazione dell'appropriatezza delle stesse.
Nel caso di un sistema di erogazione di prestazioni quantitativamente insufficiente rispetto alle necessità assistenziali della popolazione vanno previste modalità operative di incremento dell'offerta.

Razionalizzazione dell'offerta

I Direttori Generali delle aziende, con l'ausilio del referente e della Commissione di cui al paragrafo sul governo clinico, dovranno attuare una eventuale riprogettazione dell'assetto organizzativo del sistema dell'offerta a partire da una attenta analisi dell'esistente che metta in rapporto la propria capacità di offerta con i reali bisogni dei pazienti e individui le eventuali effettive aree critiche sulle quali concentrare gli interventi.
Sulle aree critiche presenti dovranno essere realizzate azioni di miglioramento del sistema dell'offerta mirate principalmente a facilitare il complessivo percorso diagnostico e terapeutico del paziente ottimizzandone anche la durata.
Inoltre, tra i provvedimenti utili a produrre cambiamenti significativi dei tempi di attesa dovranno essere considerati non solo quelli finalizzati ad un aumento della capacità produttiva ma anche quelli volti ad una razionalizzazione ed ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse impiegate.
Le aziende possono attuare, specie per le prestazioni ambulatoriali, sistemi di offerta flessibili, capaci cioè nel corso dell'anno di fronteggiare situazioni periodiche di incremento della domanda. A tale riguardo possono essere utilizzati strumenti organizzativi contrattuali che garantiscano la

flessibilità (contratti con specialisti ambulatoriali, stipendio di risultato dei medici dirigenti, intramoenia). Un altro strumento sicuramente utilizzabile è il sistema di prenotazione sulla base di bacini di offerta sufficientemente vasti senza però intaccare il principio di una adeguata accessibilità alle prestazioni.

E' anche possibile attuare modalità integrate di erogazione per le prestazioni a valenza multidisciplinare con specialisti di strutture e branche diverse. Questo a dire che, per pazienti affetti da situazioni patologiche che richiedono la presa in carico da parte di una struttura, ma prevedono l'intervento di diversi specialisti (persone affette da diabete, da nefropatia, da cardiopatia, ecc….), è auspicabile che le aziende individuino percorsi di prenotazione per tutte le prestazioni specialistiche necessarie attraverso un coordinamento unico a partire dalla struttura che ha in carico il paziente.

Per intraprendere tali azioni è necessaria una forte responsabilizzazione di tutti gli operatori ed in particolare di coloro che dirigono le strutture di erogazione come i Direttori dei Distretti, dei Poliambulatori e degli Ospedali. Essi devono poter disporre di risorse organizzative per intervenire sul sistema, per migliorarne l'offerta e renderla più efficiente, ovvero per contrattare con altri presidi aziendali, meno affollati, sistemi per dirottare parte della domanda o per disporre di altri specialisti per periodi limitati di tempo, sufficienti all'accorciamento dei tempi di attesa.

Vanno in questo senso evitati i cosiddetti "colli di bottiglia organizzativi" per cui i dirigenti periferici rimandano tutte le problematiche ad un "centro". Al livello centrale andranno necessariamente affidate le competenze di controllo e vigilanza dei responsabili delle strutture periferiche ed eventuali interventi su scala più vasta solo dopo la rappresentata impossibilità di soluzione a livello periferico con gli strumenti messi a disposizione.

Tutto ciò presuppone anche un importante investimento formativo dei Dirigenti responsabili dei Presidi ove vengono erogate le prestazioni.

Percorsi Diagnostico-terapeutici

La Regione Campania relativamente ai percorsi diagnostico-terapeutici ha definito:

1. con DGRC 1168 del 2005 "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico".

2. con DGRC n. 236 del 21.03.2005 I percorsi terapeutici per la NAD – Nutrizione artificiale domiciliare;

3.con Delibera n. 1280 del 7.10.2005 I percorsi diagnostici e terapeutici per la dislipidemia familiare

Tali percorsi sono in fase di attuazione . Le delibere prevedono un percorso assistenziale con il sistema di presa in carico del paziente cui sono assicurati tempi di attesa delle prestazioni definiti dalla gravità del quadro clinico.

In particolare, nella delibera n. 1168 del 2005 sono state specificamente individuate, tra le prestazioni da assicurare nel percorso diagnostico terapeutico, le seguenti, che fanno anche parte del punto 3 dell'Atto di Intesa Stato Regioni:

visita cardiologia

visita di chirurgia vascolare

ecocolordoppler cardiaco

ecocolordoppler dei tronchi sovraortici

ecocolordoppler dei vasi periferici

elettrocardiogramma

elettrocardiogramma holter

visita oculistica

fondo oculare

visita neurologica

visita ginecologica

ecografia ostetrica ginecologica

esecuzione di cataratta (in quanto le strutture di 3° livello ricovero ospedaliero devono essere fornite dalle seguenti specialità:

oculistica

cardiologia

chirurgia vascolare

ostetricia

nefrologia e dialisi

Inoltre, la Regione Campania ha intrapreso una serie di iniziative finalizzate ad una ulteriore definizione ed individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa Stato-Regioni.

Tali iniziative rientrano, peraltro, nell'ambito di una attività progettuale realizzata ai sensi dell'articolo 12 D.L.vo 502/92 s.m.i. .

Esse riguardano:

1.Azioni di benchmarking tra i vari modelli di PDT e le attività intraprese dalle Aziende della Regione, attraverso l'attivazione di un tavolo tecnico di confronti;

2.Identificazione di modelli di riferimento per la descrizione e la valutazione dei percorsi clinici, la proposizione delle corrette modalità di utilizzo dei modelli al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza.
3.Individuazione e definizione delle modalità di elaborazione dei percorsi diagnostico terapeutici.
Al termine di tali attività seguiranno atti formali con una puntuale individuazione dei percorsi da prendere in considerazione.

Rapporto ospedale territorio

L'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome per l'attuazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005 (24 luglio 2003) recita " I problemi connessi all'attuale contesto del SSN, ed in particolare le liste di attesa, il sottoutilizzo o l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute. Questo modifica il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini."
A tal fine è necessario realizzare un processo organizzativo di riordino che garantisca una efficace gestione della continuità assistenziale e la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati.
La Regione Campania, negli atti di programmazione sanitaria, persegue un modello nel quale il territorio sia sempre più il luogo dove il cittadino trova strutture in grado di risolvere i propri problemi, così da ricorrere alla struttura ospedaliera solo per selezionate necessità. Il territorio deve sempre più rappresentare il primo accesso del cittadino alle cure.
La razionalizzazione della rete ospedaliera costituisce per la Regione Campania lo strumento principale per il raggiungimento di tale obiettivo (L.R. n. 24 del 19/12/2006) insieme alla piena realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale per la prevenzione e al miglioramento della rete dei servizi territoriali già avviata con il Piano sanitario Regionale (L.R. n.10 del 2002).
Tali strumenti richiedono il coinvolgimento costante di tutti gli operatori ed in particolare dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per una reale integrazione assistenziale tra cure primarie e cure ospedaliere attraverso la condivisione dei percorsi diagnostico terapeutici e degli interventi di prevenzione.
Obiettivo da perseguire nell'ambito delle azioni da mettere in atto per la razionalizzazione dell'offerta è anche quello di aumentare l'efficienza operativa della struttura ospedaliera in particolare nei confronti dei soggetti ricoverati riducendo al minimo l'attesa per l'esecuzione delle prestazioni necessarie a questi ultimi.

Nella gestione delle strutture ospedaliere, dove la lunghezza delle liste di attesa sia relativa agli interventi chirurgici, le aziende dovranno attivare specifici e sistematici sistemi di controllo e valutazione dell'utilizzo delle sale operatorie.

Utilizzo delle apparecchiature

Un efficiente utilizzo delle apparecchiature può richiedere l'incremento del numero di ore di funzionamento delle stesse e quindi un impegno orario del personale addetto che copra l'intero arco della giornata su tutta la settimana. E' opportuno prendere in considerazione anche la possibilità di realizzare, dove le condizioni soprattutto logistiche lo consentono, una concentrazione delle strumentazioni, in particolare di quelle ad alto livello tecnologico, tale da produrre un utilizzo più razionale delle stesse ed una minore dispersione di risorse (per esempio una migliore gestione della manutenzione). Naturalmente tali interventi dovranno essere effettuati solo dove ciò non sia di ostacolo all'accesso del paziente al sistema.

Organizzazione dell'attività libero professionale

La Regione Campania, in attuazione dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento del DPCM 27/03/2000 ha emanato la disciplina in merito alla attività libero professionale con la DGRC 4061 del 2001 avente ad oggetto: "Direttive sulla disciplina delle liste di attesa in applicazione dell'art. 3 del D.Lvo n. 124/98 e della DGRC n. 3513/01 e linee guida per l'atto aziendale sull'attività libero professionale intramuraria del personale dipendente delle aziende del SSR."

Con Circolare n° 1 del 19.07.05 "Liste di attesa" l'Assessore alla Sanità ha invitato le Aziende "ad adottare tempestivi ed immediati provvedimenti volti a scongiurare l'eventuale ricorso all'attività intramoenia, da parte degli assistiti, solo per ridurre i tempi di attesa".

L'esercizio straordinario dell'attività libero professionale intramuraria in studi professionali, previa autorizzazione aziendale è consentita, come previsto dalla Legge n. 248/2006, fino al 30.07.2007.

Inoltre, al fine di garantire un corretto equilibrio tra attività istituzionale e libero professionale intramuraria, anche in riferimento all'obiettivo di ridurre la lista di attesa, la Regione effettuerà controlli sulle modalità di svolgimento dell'attività libero professionale della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale e adotterà misure dirette ad attivare, interventi sostitutivi anche sotto forma della nomina di un commissario ad acta.

In ogni caso l'attività libero professionale non può superare sul piano quantitativo nell'arco dell'anno l'attività istituzionale dell'anno precedente.

GESTIONE DEL SISTEMA DI REFERTAZIONE

Il percorso del paziente, a partire dal manifestarsi del problema di salute, è composto da una serie di fasi e processi articolati e complessi.

Il processo di produzione di una prestazione include anche il processo di refertazione. Pertanto il tempo necessario per la stesura e per la consegna dei referti deve essere anch'esso considerato e valutato all'interno di un programma finalizzato alla riduzione delle attese. Le aziende, pertanto, devono procedere alla verifica del tempo attualmente necessario per fornire al paziente la risposta attesa e, dove necessario, devono introdurre azioni volte a ridurlo. Di tali miglioramenti va data comunicazione agli assistiti.

Le Aziende sanitarie provvederanno a definire, nel Programma attuativo aziendale, specifici progetti finalizzati alla velocizzazione della refertazione.

RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE E GESTIONE DEL SISTEMA DEGLI ACCESSI

Gestione delle agende di prenotazione

L'articolo 3, comma 8, della Legge 724 del 1994 fa obbligo alle aziende sanitarie locali di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

Le aziende sanitarie, con l'adozione del loro programma attuativo aziendale, devono anche dettagliatamente definire le modalità di gestione dei registri di prenotazione per le prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime ordinario o di day hospital, e per le prestazioni ambulatoriali, attenendosi alle indicazioni qui riportate.

La gestione delle liste deve essere regolamentata a partire dal momento in cui il paziente si presenta ad uno sportello di accettazione con la prescrizione di visita specialistica o di ricovero effettuata dal medico curante. La richiesta del medico curante è obbligatoria per ogni tipo di prenotazione, ad eccezione delle prestazioni ad accesso diretto, e deve includere l'individuazione della classe di priorità d'accesso. Alla richiesta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta o dello specialista ambulatoriale fa seguito l'iscrizione nella agenda di prenotazione.

Ogni struttura che eroga prestazioni, (azienda ospedaliera, presidio ospedaliero, Casa di cura in regime di temporaneo accreditamento, poliambulatorio specialistico ecc) deve dotarsi di una agenda per la gestione delle prestazioni dei propri sanitari. L' agenda delle prenotazioni costituisce l'unico strumento di regolazione dell'accesso e di programmazione delle attività della struttura, indipendentemente dal numero e dalla dislocazione degli sportelli di accesso del cittadino alla

prenotazione. Non è pertanto consentito che ci siano diverse agende gestite, ad esempio, da singoli reparti ospedalieri o da singoli ambulatori.

E' opportuno che l'Azienda sanitaria identifichi per ogni struttura erogante un punto unico di prenotazione, preferibilmente afferente alla direzione di distretto per le prestazioni ambulatoriali e alla direzione sanitaria per quelle di ricovero (DGRC 4061/01 all.1 comma 1.3.3)

Le agende sono sotto la diretta responsabilità del Direttore Sanitario del Presidio ospedaliero o del Direttore del Distretto sanitario che devono garantire una vigilanza continua, in particolare in relazione all'utilizzo corretto, trasparante ed appropriato. Tale attività di vigilanza deve avvenire con precise responsabilità e modalità operative e deve avvenire in tempi definiti e frequenti.

La Direzione aziendale deve definire specifiche procedure per la gestione delle agende di prenotazione e procedure per il controllo della qualità dei dati con attenzione anche ai tempi di effettiva erogazione.

Circa le modalità di gestione delle agende è necessario, che ogni azienda individui:

- quali sono i soggetti che decidono l'inserimento dei dati nell'agenda;
- chi sono gli operatori autorizzati ad inserisce materialmente i dati;
- quali sono i soggetti che possono consultare le agende, a quali scopi, come, quando, e quanto (ossia quali campi);
- quali sono le persone autorizzate a dare le informazioni (quelle che è lecito comunicare) in relazione alle agende,
- le modalità di utilizzo e conservazione necessarie per tutelare la riservatezza dei dati;
- chi può chiedere informazioni,
- quali sono le informazioni accessibili,
- a quali scopi possono essere fornite,
- le modalità e procedure con cui devono essere richieste e fornite.

A tal proposito si ricorda che:

- tra i soggetti che possono avere accesso ai dati devono essere compresi il Direttore Sanitario Aziendale e del Presidio o del Distretto o suo incaricato e gli incaricati della Regione che hanno il compito di vigilare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza ed efficienza ecc. compreso gli aspetti applicativi delle priorità di accesso;
- il DPCM del 19.05.95 (punto 4.3) prevede che anche soggetti esterni, in particolare i MMG, possano chiedere di controllare le agende di prenotazione. E' necessario quindi prevedere una configurazione delle agende tale da consentire di prendere visione dei dati e dei criteri utilizzati senza rendere accessibili i dati identificativi dei pazienti;

- il D.Lvo 124/98, al comma 10, dell'art.3, obbliga le aziende a dare periodica e idonea diffusione alle informazioni sui tempi di attesa per le prestazioni erogate. Tale obbligo è ribadito dalla Delibera di Giunta Regionale della Campania 4061/01.

Nelle agende di prenotazione, informatizzate o cartacee, si devono iscrivere tutti i dati utili alla gestione del percorso del paziente e alla valutazione del funzionamento del sistema.

Ogni struttura potrà, in base alle proprie esigenze, definire il numero dei campi da iscrivere purché siano previsti e regolarmente compilati i seguenti campi che la Regione Campania individua come obbligatori:

a) Nome cognome del paziente
b) Codice fiscale
c) Sesso
d) Data nascita
e) Numero telefonico del paziente
f) Persona da informare (nome e telefono)
g) Diagnosi o sospetto diagnostico
h) Classe di priorità
i) Nome prescrittore
l) Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore
m) Data inserimento del paziente nella agenda di prenotazione
n) Data prevista per la prestazione (prima offerta disponibile)
o) Data di prenotazione accettata dal paziente
p) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista
q) Data di effettuazione della prestazione (nel caso di ricovero data in cui avviene il ricovero)
r) Codice prestazione
s) Tipo di accesso (prima visita, c controllo, ecc…)

Ai fini del monitoraggio è poi necessario prevedere la possibilità di separare le richieste di prima visita dalla prenotazione di successivi controlli, ossia dalle 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 necessita di ulteriore approfondimento).

E' opportuno comunque che le aziende si dotino di registri con un numero di campi sufficiente per registrare sia le informazioni obbligatorie che quelle utili anche se, mentre per le prime l'obbligo deve essere immediatamente osservato, per le seconde l'eventuale inserimento può essere rinviato a quando il sistema sarà a regime e le esigenze informative saranno maggiori.

Le esigenze di monitoraggio e controllo richiedono la gestione informatizzata della agenda di prenotazione, anche in considerazione della introduzione nella scheda di dimissione ospedaliera

della data di prenotazione del ricovero. L'informatizzazione consente infatti non solo tempi più rapidi di accettazione allo sportello ma anche la possibilità di utilizzo dei dati codificati ai fini del controllo e della programmazione. Essa inoltre permette collegamenti più rapidi tra il sistema di prenotazione e quello di registrazione della dimissione e della prestazione erogata, necessari in particolare per la compilazione del campo "data di prenotazione" nella scheda di dimissione ospedaliera. E' pertanto necessario che ogni struttura di ricovero definisca con urgenza una procedura di trasmissione delle informazioni tale da consentire di assolvere a tale debito informativo.

Considerata la necessità, ai fini di un corretto monitoraggio dei tempi di attesa, di attribuire un significato univoco alla informazione "data di prenotazione del ricovero" si precisa che per essa si deve intendere la data di iscrizione del paziente nella agenda di prenotazione suddetta. Questa data, relativa alla identificazione del bisogno, è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione" nella SDO, come disposto nella circolare dell'Assessore alla Sanità con la quale si è provveduto a chiarire le modalità di compilazione del campo "data di prenotazione" sulla SDO.

Si richiama, infine, l'attenzione sul fatto che, per le prestazioni legate alla esecuzione di campagne di prevenzione di massa approvate dalla Regione, che devono essere eseguite su chiamata, secondo calendari prestabiliti (screening), l'azienda deve prevedere modalità di accesso che evitino all'utente la necessità di eseguire personalmente la relativa prenotazione.

E' poi necessario che le aziende adottino delle soluzioni organizzative che permettano una migliore gestione delle liste di attesa e tra queste:

1. l'overbooking cioè l'inserimento nell'agenda giornaliera di un numero concordato di prenotati maggiore rispetto al piano giornaliero dell'ambulatorio, che deve naturalmente accompagnarsi ad una sufficiente flessibilità del sistema nel caso in cui si presentino tutti i prenotati;
2. la revisione periodica delle liste, ossia una sistematica operazione di pulitura delle stesse attraverso un contatto telefonico con il paziente per chiedere conferma della prenotazione qualche giorno prima della prestazione programmata. E'dimostrato infatti che, con una certa frequenza, i pazienti rinunciano alla prestazione prenotata o perché l'hanno ottenuta in tempi più brevi presso un'altra struttura o perché, nel frattempo, si sono verificate modificazioni delle condizioni cliniche.

E' opportuno, che le disposizioni in merito all'aggiornamento costante delle liste, siano date dalla direzione Sanitaria che individuerà il sistema di conferma della prenotazione da utilizzare (ad esempio telefonata all'utente), quanti giorni prima della data fissata per la prenotazione è opportuno procedere alla conferma e con quali modalità deve avvenire la sostituzione di coloro che rinunciano.

Procedura per l'accesso ai ricoveri programmati

Il percorso per i ricoveri programmati parte dalla situazione di malessere avvertita dal cittadino/ paziente che espone al suo medico (di MMG, PLS) un problema di salute per il quale quest'ultimo valuta la strada da intraprendere, o consigliando accertamenti preliminari o prescrivendo eventuali visite specialistiche di approfondimento, o prescrivendo direttamente il ricovero.

Lo specialista ambulatoriale che può essere coinvolto dal MMG o dal PLS per ulteriori accertamenti diagnostici, eroga le prestazioni secondo quanto disposto dal vigente CCNL per la specialistica ambulatoriale, ed è tenuto a rilasciare un referto.

Detto referto sarà valutato dal MMG o dal PLS, che confermerà o meno la necessità di proporre il ricovero.

Il registro dei ricoveri programmati è tenuto presso l'Accettazione. Ogni registro dovrà essere strutturato e gestito all'interno di ciascun Presidio Ospedaliero (o al più a livello di Dipartimento) facendo sempre capo alla responsabilità diretta della Direzione Sanitaria di Presidio.

Il medico dell'accettazione del Presidio verifica la proposta di ricovero del medico di MMG o del PLS, attraverso l'attivazione della funzione specialistica ospedaliera.

La proposta di ricovero da parte del MMG o del PLS viene valutata dallo specialista ospedaliero, il quale ne verifica l'appropriatezza relativamente a:

1.effettiva presenza del problema segnalato (valutazione clinica),

2.pertinenza al regime di ricovero (valutazione organizzativa),

3.pertinenza strutturale (idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc.).

Lo specialista ospedaliero può verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili.

È il titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero, nonché sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera.

La richiesta di ricovero da parte del medico di fiducia del paziente (MMG, PLS) assume, quindi, il significato di proposta e/o di richiesta di consulenza sulla prestazione di ricovero allo specialista ospedaliero.

In caso di non concordanza con la richiesta (di ricovero) del medico prescrittore, lo specialista deve indicare il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame, attivando direttamente, se condiviso dal cittadino-utente, un diverso percorso assistenziale.

In tal caso lo specialista ospedaliero con apposita modulistica, da far predisporre all'Azienda Ospedaliera di appartenenza, si assume la responsabilità per il cambio della data di ricovero e per l'assegnazione della nuova classe di priorità.

L'azienda Ospedaliera avrà cura di privilegiare l'inserimento nella modulistica, oltre ai campi anagrafici, campi tipo: diagnosi, data proposta di ricovero del MMG o del PLS, data indicata dallo specialista, classe di priorità precedente e nuova classe assegnata, e la chiara indicazione del medico che si assume le dovute responsabilità.

Lo specialista ospedaliero dovrà assumersi l'onere di facilitare il nuovo percorso terapeutico del paziente.

Per le finalità di rilevazione dei tempi di attesa, il momento in cui lo specialista ospedaliero rileva o conferma il bisogno di ricovero per il paziente costituisce il punto di partenza. La misurazione del tempo di attesa è quello che intercorre tra il momento della conferma dell'esistenza del bisogno (l'indicazione nell'agenda della data prevista) ed il momento dell'effettivo ricovero per svolgere le procedure previste. E' chiaro che deve essere possibile valutare e misurare il tempo che intercorre tra la data in cui è proposto il ricovero dal MMG o dal PLS e la data in cui si effettua la visita specialistica per la conferma del l'ipotesi del ricovero.

Lo specialista ospedaliero che valuta la proposta di ricovero del MMG deve fornire al cittadino che accetta, una apposita scheda interna alla struttura debitamente firmata, che garantisca l'inserimento nel registro di ricovero ordinario.

Il cittadino con tale scheda accede all'accettazione per l'iscrizione nel registro per ottenere la prima data utile in considerazione di :

- livello di priorità clinica
- ordine cronologico di iscrizione in lista
- risorse necessarie

Il cittadino, al momento del ricovero, dovrà esibire la prescrizione di ricovero sul ricettario regionale del MMG.

Le Aziende Ospedaliere si ritroveranno a gestire le liste di attesa per i ricoveri programmati in ambiti territoriali talora anche più vasti dell'area della ASL territorialmente competente, dovendo creare una sempre costante interrelazione con le realtà locali. Le Aziende Ospedaliere devono interagire con le Aziende Sanitarie Locali nel caso queste ultime non riescano a coprire i tempi massimi di attesa previsti per le prestazioni indicate nel punto 3 della Intesa Stato Regioni del 23/03/2005, e pertanto dovranno esse stesse concordare con le Aziende Ospedaliere le disponibilità dell'offerta di prestazioni in modo da creare percorsi alternativi più agevoli per l'utente, nel rispetto del principio della migliore accessibilità delle strutture sul territorio, ponendo particolare attenzione soprattutto a quelle prestazioni in cui si richiede una più alta specializzazione e professionalità.

CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP)

Il Centro Unificato di Prenotazione (CUP) è un sistema informatizzato centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie che consente di organizzare, con maggiore efficienza, le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini.

I principi di politica sanitaria che esso introduce in pratica possono essere così riassunti:

- favorire una maggiore equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie disponibili;
- garantire la trasparenza delle modalità e dei criteri di accesso ai servizi;
- consentire l'integrazione delle risorse operanti in un determinato contesto organizzativo e/o territoriale;

Il Progetto regionale

La Regione Campania ha sviluppato sin dal 2001 un Piano strategico della Società dell'informazione che, approvato in sede nazionale e comunitaria, definisce le linee guida sia per lo sviluppo del sistema informativo dell'ente Regione, che più in generale della Regione Campania nel suo complesso. In tale contesto la Regione Campania vanta dei sicuri primati, come quello di aver realizzato un progetto che definisce un modello per lo sviluppo del "Sistema Pubblico di Interoperabilità per la Cooperazione applicativa della Campania" (SPICCA). Il tutto al fine di garantire la realizzazione di sistemi aperti interoperabili che consentono, secondo standard aperti non proprietari, la cooperazione e l'interscambio tra sistemi informativi di diversi Enti.

Nell'ambito di tale Progetto è stata sperimentata una prima applicazione basata sulla Cooperazione Applicativa in campo sanitario relativa alla fase di prenotazioni delle prestazioni sanitarie: con deliberazione della Giunta Regionale n. 3142 del 31.10.2003 è stato approvato il Piano della Regione Campania per lo sviluppo di sistemi informatici di supporto alla gestione di servizi sanitari: il CUP della Regione Campania.

In esecuzione del citato Progetto le Aziende della Regione Campania hanno quasi tutte provveduto a potenziare ed adattare i propri CUP per renderli disponibili nella Rete della Regione Campania in modalità WEB secondo standard predefiniti.

Attualmente è in corso di realizzazione l'infrastruttura tecnologica ed applicativa del nodo regionale centrale (sempre facente parte del Progetto in parola) il cui ruolo è quello di garantire l'integrazione, la cooperazione e l'interscambio in modo efficace ed efficiente dei Sistemi CUP delle diverse Aziende e che consentirà la prenotazione delle prestazioni anche attraverso un CUP Unico Regionale**.**

Con il citato modello i Cup delle Aziende continueranno ad avere, giustamente, la diretta responsabilità sui dati e sui servizi erogati.

Inoltre, il sistema consentirà alle AA.SS.LL. ed alle AA.OO. della Regione di operare in maniera federata, consentendo agli utenti di ogni Ente, nel rispetto dei propri ruoli, di fruire dei servizi applicativi messi a disposizione dai sistemi informativi di tutte le strutture della Regione. Ciò implica che il sistema è già predisposto per essere utilizzato da qualsiasi attore che entri a far parte della federazione e quindi nell'arco del tempo, anche in base al risultato di eventuali tavoli di concertazione, potranno sottoscriversi al CUP Unico Regionale anche i MMG/PLS e le farmacie.
In questa prima fase di sperimentazione saranno garantite con il CUP Unico Regionale le prenotazioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Successivamente, partendo dai risultati ottenuti nella fase di sperimentazione e continuando l'attività di istruttoria già in atto, si passerà ad una seconda fase in cui si estenderà il Progetto anche alle prestazioni di ricovero ordinario e diurno.

Modifiche del Cup regionale

Partendo da quanto sopra esposto, vi è la necessità comunque di aggiornare alcuni aspetti del CUP regionale per renderlo conforme al presente Piano regionale; fra questi emergono:

- L'aspetto della comunicazione deve essere adeguato a quanto contenuto nel relativo paragrafo del presente Piano.
- Il contenuto del documento "Definizione protocolli, Strutture dati ed Interfacce Web delle Funzionalità del Sistema", risultante dai lavori del tavolo tecnico per la standardizzazione del formato dati di interscambio nel sistema CUP a suo tempo pubblicato a cura dell' Assessorato all'Università e Ricerca Scientifica, deve essere adeguato a quanto emerge dal presente Piano. In particolare occorre intervenire su alcune funzioni così come definite nei paragrafi e/o capitoli relativi a:

  "Passi della procedura"

  "Tracciato dei record informativi"

  "Esempio di Layout delle Pagine Web per un dato Ente erogatore".

A tali modifiche saranno aggiunte in futuro anche le nuove interfacce e tracciati dati per la gestione delle prestazioni di ricovero che sono oggetto della seconda fase del progetto.
Poiché il citato documento è posto alla base della realizzazione di applicativi ed interfacce del nuovo sistema CUP regionale, tutti gli applicativi realizzati sulla base delle specifiche contenute nel citato documento dovranno essere adeguati.

Modifiche dei Cup aziendali

Anche per i CUP aziendali si rendono necessari interventi di adeguamento, fra i quali si segnalano:

- L'aspetto della comunicazione deve essere adeguato a quanto contenuto nel relativo paragrafo del presente Piano.
- Il contenuto informativo (dati) da registrare per ciascuna prenotazione deve essere almeno uguale a quanto contenuto nel relativo paragrafo del presente Piano.
- Le informazioni esposte sul "voucher" rilasciato a fronte della prenotazione devono essere conformi a quanto contenuto nel relativo paragrafo del presente Piano.
- Nella procedura di lavorazione della prenotazione della prestazione, deve essere inserita *obbligatoriamente* la fase di registrazione dell'avvenuta erogazione della prestazione e, conseguentemente, vanno adeguati gli applicativi informatici ed il contenuto informativo di ciascuna prenotazione.
- I referti susseguenti le prestazioni devono essere conformati, per contenuto minimo, a quanto previsto nel relativo paragrafo del presente Piano.
- Il "booking" della prenotazione deve tener conto del concetto di priorità definito nel presente Piano e che qui si riassume, sottolineando che l'ordine è strettamente gerarchico e che la priorità "U" è la più alta:

1. Classe di priorità attribuita e rilevata dalla prescrizione.
2. Data della registrazione della richiesta di prestazione.
3. Ora della registrazione della richiesta di prestazione.

Sia l'organizzazione del Servizio di prenotazione ed erogazione delle prestazioni, sia gli applicativi devono essere adeguati per gestire la tecnica di "overbooking".

Gli applicativi devono essere adeguati per facilitare al massimo la revisione periodica delle liste di attesa.

La programmazione

La Regione Campania e tutte le Aziende adegueranno i loro sistemi di prenotazione alle nuove normative introdotte attraverso il presente Piano.

Dunque lo sforzo da parte delle Aziende di adottare il CUP informatizzato quale *unico* strumento di gestione dell'accesso alle prestazioni può essere concentrato in un ragionevole lasso di tempo e prevedere la completa abolizione delle agende cartacee.

Si rimanda a successivi atti la definizione di procedure ed eventuali modifiche da apportare ai CUP per renderlo conforme al presente Piano regionale in termini di individuazione degli ambiti territoriali. Altresì, la Regione in attesa di completare la fase di accreditamento delle strutture private rimanda a successivi atti la predisposizione di accordi con i soggetti accreditati al fine di estendere l'intera offerta del Cup Unico regionale.

La natura programmatoria del presente Piano impone che gli adeguamenti da realizzare, sia a livello regionale che delle Aziende, non si intendono esauriti con quelli fin qui esposti. Infatti essi emergeranno in maniera completa nella attuazione del Piano regionale e di quelli aziendali.

Sospensione dell'attività di prenotazione

La Regione Campania, con la Legge Regionale n° 1 del 2 marzo 2006 "Disposizioni per l'effettivo esercizio del diritto alla salute", vieta in modo assoluto la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie "salvo in casi imprevedibili di assoluta impossibilità tecnica sopravvenuta di erogazione del servizio. In tale caso la Regione adotta tutte le misure necessarie per eliminare il disagio per i cittadini"(art. 8 comma 1).

Inoltre le eventuali sospensioni non possono avvenire senza l'approvazione del Direttore Sanitario di presidio o di distretto che deve a sua volta informare la direzione aziendale. I Direttori generali informano l' Assessorato alla Sanità e l'ARSAN di ogni avvenuta sospensione.

L'Assessorato alla Sanità si impegna ad informare, con cadenza semestrale, il Ministero della Salute di tutti gli episodi di sospensione eventualmente verificatisi nelle Aziende Sanitarie, secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 aprile 2002.

Sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale ecc.) rappresenta un evento che può verificarsi in qualunque contesto. Gli eventi che impediscono l'erogazione della prestazione sono imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono ma sono prevedibili come situazione potenziale. Le aziende devono individuare le soluzioni per superare la contingenza "tecnica" e garantire la continuità del servizio.

L'interruzione della erogazione può avvenire solo per gravi e giustificati motivi ed in ogni caso deve essere effettuata nel rispetto delle seguenti regole:

1. la regolamentazione della attività di sospensione delle attività di erogazione deve essere esplicitamente prevista in un documento aziendale che, previa consultazione dei rappresentanti degli utenti, ne deve definire e approvare le procedure;
2. le sospensioni non possono avvenire senza l'approvazione del Direttore Sanitario di presidio o di distretto che deve a sua volta informare la direzione aziendale;
3. la direzione aziendale deve informare l' Assessorato alla Sanità e l'ARSAN di ogni avvenuta sospensione. Tali informazioni saranno inviate dalla regione al Ministero della salute nelle forme e nei termini che verranno indicati;

4. ogni evento di interruzione delle attività di prenotazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni:

- di quale prestazione è sospesa la erogazione della prestazione;
- dove;
- perché;
- per quanto tempo.

I CRITERI PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE DI ATTESA AI CITTADINI

Piano di comunicazione aziendale

Tutte le AA.SS.LL. devono predisporre un "Piano di comunicazione aziendale" che, in merito alle liste di attesa e tenendo conto dei diversi target, espliciti:

- come si intende promuovere il ricorso appropriato alle prestazioni;
- il sistema dell'offerta e la sua accessibilità;
- le innovazioni normative ed organizzative;
- le caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- le regole a tutela dell'equità e della trasparenza

in accordo agli indirizzi del presente piano regionale sulle liste di attesa.

Di seguito sono altresì dettagliate alcune informazioni nonché modalità e strumenti di comunicazione ritenuti essenziali o utili al fine di garantire equità e trasparenza all'assistito.

Al momento della prescrizione: Informativa su tempi e liste di attesa per l'assistito

L'assistito, al momento della prescrizione, deve essere informato circa:

- la scelta della classe di priorità effettuata e la possibilità, limitatamente ai ricoveri, che essa possa essere modificata in fase di accettazione;
- per quali prestazioni è obbligatoria la prenotazione;
- per quali prestazioni è obbligatoria la prescrizione;
- le modalità di accesso alla prenotazione nel rispetto della libera scelta dell'utente(istituzionale, libero-professionale) e caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- tempi massimi garantiti a seconda della classe di priorità e del tipo di prestazione.

Al momento della richiesta di prenotazione: Informativa su tempi e liste di attesa per l'assistito

In accordo alla deliberazione n. 4061 del 7/9/2001 e alla legge n.724 del 23/12/94, è necessario garantire la trasparenza della gestione delle liste di attesa fornendo al cittadino tutte le informazioni utili.

Pertanto l'assistito, al momento della richiesta di prenotazione, deve essere informato su:

1) la libertà di scelta, per le prenotazioni in regime istituzionale, della:
   - Data di prenotazione tra un insieme di date disponibili offerte dal sistema di prenotazione per quella specifica prestazione;
   - Ambito territoriale/ Struttura erogatrice tra quelle disponibili per la prestazione richiesta;
2) dove si trova l'elenco aggiornato degli ambiti territoriali con le relative strutture erogatrici che sono obbligate ad assicurare il rispetto del tempo massimo e per quali prestazioni (es. siti web, farmacie, ambulatori, URP etc.);
3) il tempo massimo (espresso in giorni) stabilito dall'azienda/regione relativo alla prestazione richiesta ed alla classe di priorità;
4) la possibilità di modificare o annullare la prenotazione;
5) le modalità disponibili per richiedere la modifica o l'annullamento della prenotazione (es. mediante telefono, sportelli CUP, ambulatorio del medico, farmacia etc.);
6) l'obbligo dell'assistito di comunicare l'annullamento della prenotazione utilizzando una delle modalità del punto 6;
7) la precisazione che la data di prenotazione è la data prevista per l'erogazione della prestazione e non la data effettiva dell'erogazione della prestazione. Qualora la data di prenotazione non coincida con la data effettiva di erogazione, quest'ultima dovrà essere comunicata tempestivamente all'assistito;
8) In caso di superamento del tempo massimo l'assistito dovrà essere informato:
   - sulle motivazioni che hanno determinato il superamento del tempo massimo;
   - che gli è garantita comunque la prestazione senza ulteriori oneri economici;
   - chi è il responsabile del procedimento (nominativo e telefono);
9) Informativa sulla privacy e sul rilascio del consenso per il trattamento dati mediante CUP.

Ad avvenuta prenotazione: Notifica scritta della prenotazione da rilasciare all'assistito

Dal D.lgs 124/98, all'art. 3, comma 10, emerge, relativamente al tempo massimo intercorrente tra la richiesta e l'erogazione delle prestazioni, che "di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione".

Pertanto, ciascun cittadino che richieda una prestazione presso tutti i centri di prenotazione delle Aziende Sanitarie e l'Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico Pascale dovrà ricevere per iscritto la notifica del tempo massimo relativo alla prenotazione nelle strutture erogatrici individuate dall'azienda.

In tabella A si riporta un elenco di informazioni articolato in due parti, la prima inerente al paziente, e la seconda contenente altre voci relative alla singola prenotazione.

La notifica scritta deve obbligatoriamente contenere tutte le informazioni riportate in tabella A.

Informazioni inerenti al paziente
1) Nome
2) Cognome
3) Codice Fiscale
4) Numero di telefono del paziente
5) Persona da informare (nome, cognome, telefono)
Informazioni inerenti la singola prenotazione
6) Codice di prenotazione
7) Data di prenotazione
8) Ora di prenotazione
9) Classe di priorità
10) Tempo Massimo Regionale o, se minore, Aziendale (espresso in giorni)
11) Data limite per l'erogazione della prestazione
12) Codice di prestazione richiesta
13) Data della prima offerta
14) Data della prestazione accettata dall'utente
15) Tempo di attesa previsto (espresso in giorni)
16) Ambito territoriale/ Struttura erogatrice accettata dall'utente
17) A chi e come il paziente deve comunicare un eventuale cancellazione o modifica della prenotazione (nome e cognome del responsabile del procedimento e telefono)
18) Tipo di accesso (primo accesso o successivo)

Tabella A Notifica scritta della prenotazione

URP e altri sportelli informativi

In accordo allo "Schema di intesa 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 del 23 dicembre 2005, n.266", il Piano regionale deve promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il 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.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per il suo specifico ruolo di interfaccia tra cittadini, direzioni sanitarie e servizi, può essere considerato una struttura particolarmente idonea alla gestione di tali problematiche.

Tutti gli uffici URP delle Aziende Sanitarie e l'Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico Pascale, all'atto della presentazione, da parte dell'utente, di richiesta di fruizione di prestazioni sanitarie erogate in ALPI, dovranno fornire al richiedente per iscritto tutte le informazioni necessarie, in riferimento alla possibilità di scelta dei professionisti, alle modalità di prenotazione e di erogazione delle prestazioni, e alle tariffe. Inoltre tali uffici dovranno fornire all'utente un dettagliato preventivo dei costi delle prestazioni richieste che, in copia, sarà sottoscritto dal paziente.

Per diffondere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa si propone di utilizzare anche altri sportelli informativi come ad esempio gli sportelli in farmacia, sportelli presso gli enti locali ecc.

Carta dei Servizi

Il D.P.C.M. del 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari" sottolinea l'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e la necessità di prestarvi un'adeguata attenzione.

Lo schema sopra citato si riporta alla legge del 7 agosto 1990, n. 241 («Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi») che ha dettato le nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni, viste nel momento dell'esercizio di poteri autoritativi.

Il D.P.C.M. del 19 maggio 1995 è stato ripreso nella deliberazione n. 4061 del 7 settembre 2001, dove è evidenziata anche la necessità di offrire ai cittadini, singoli ed associati ed in modo costante e completo, una informazione generale delle diverse opzioni che l'intero sistema offre, nonché delle azioni di miglioramento della qualità che, ad ogni livello, vengono intraprese.

La «Carta» è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità e tempestività dei servizi erogati.

La Carta dei servizi, pertanto, deve indicare:

- quali prestazioni sanitarie eroga l'azienda sanitaria (ASL ,AO, IRRCS e Policlinici universitari);
- con quali modalità di accesso eroga le suddette prestazioni,
- con quali tempi di attesa eroga le suddette prestazioni;
- quali sono i tempi massimi aziendali in base alle classi di priorità ed alle prestazioni richieste;
- quali ambiti territoriali/ strutture erogatrici devono rispettare i tempi massimi e per quali prestazioni;
- luoghi, giorni e orari di prenotazione presso ciascuna struttura erogatrice.

Registri dei ricoveri ospedalieri ordinari e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica di laboratorio

La DGR n. 4061 del 2001 dispone che ogni azienda sanitaria dovrà approvare:

- un «registro dei ricoveri ospedalieri ordinari» con indicazioni dei tempi massimi di attesa;
- un «registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica di laboratorio» con indicazioni dei tempi massimi di attesa.

In accordo all' Articolo 3, comma 8 della Legge del 23/12/94 n. 724 e ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, i suddetti registri dovranno essere consultabili dai cittadini presso le Aziende Sanitarie.

Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone.

Al cittadino dovrà essere comunicato che i suddetti registri sono istituiti, in base all'art. 3 della Legge n.724/94 sotto la responsabilità del Direttore Sanitario di cui dovrà essere reso noto il nominativo.

Internet e portali web

Il Ministero della Salute ha recentemente condotto un'indagine (settembre 2005) sull'utilizzo di internet per l'informazione ai cittadini in merito alle liste d'attesa ("*Rapporto nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi e liste di attesa nei siti Web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale*").

Dall'indagine fatta risulta una scarsa utilizzazione su tutto il territorio nazionale da parte delle Regioni, P.A. e strutture sanitarie del proprio sito Web, strumento che ha delle potenzialità enormi come mezzo di comunicazione e di informazione verso utenti ed operatori.

Pertanto, si ritiene necessario sostenere e potenziare l'utilizzo di internet su tutto il territorio regionale tenendo anche conto di quanto indicato nel Codice dell'Amministrazione digitale, pubblicato nel maggio 2005 e integrato nell'aprile 2006, ove si sottolinea l'importanza della accessibilità, usabilità ed elevata reperibilità come aspetti sinergici da considerare nella progettazione e realizzazione di siti istituzionali.

In particolare la Regione e le Aziende Sanitarie devono esporre sui propri portali web tutte le informazioni necessarie per i cittadini relative ai tempi e alle liste di attesa.

Nella tabella B si riporta l'elenco delle informazioni articolate in due parti, la prima inerente il portale regionale, e la seconda contenente le voci relative ai portali delle Aziende Sanitarie. Per ogni informazione è stato riportato un giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelle considerate essenziali e quelle ritenute potenzialmente utili.

I portali dovranno obbligatoriamente contenere le informazioni di rilevanza essenziale riportate in tabella B.

Informazioni da inserire nel portale regionale	**Rilevanza**
1) collegamenti ai portali delle AA.SS.LL., AA.OO., IRRCS e delle AAOOUU del territorio regionale	Essenziale
2) Tempo Massimo Regionale (espresso in giorni)	Essenziale
3) elenco delle prestazioni per cui è garantito il rispetto del tempo massimo	Essenziale
4) elenco degli ambiti territoriali con relative strutture erogatrici in cui è assicurato il tempo massimo per ciascuna delle prestazioni del punto 3)	Essenziale
5) elenco delle prestazioni per cui la prenotazione è obbligatoria	Essenziale
6) spiegazione ed effetti delle classi di priorità	Essenziale
7) chi può accedere al CUP e dove	Essenziale
8) cosa occorre per prenotarsi (tessera sanitaria etc.)	Essenziale
9) informazioni circa l'obbligo di comunicare l'eventuale annullamento o modifica della prenotazione	Essenziale
10) informativa sul divieto di sospensione delle prenotazioni	Essenziale
11) informativa sull'eventuale sospensione dell'erogazione delle prestazioni	Essenziale
12) informativa sui regimi di erogazione (istituzionale piuttosto che quello libero-professionale) con indicazioni sulle modalità di utilizzo	Essenziale
13) Newsletter sui tempi e liste di attesa	Utile
14) FAQ (Frequently Asked Question) sui tempi e le liste di attesa	Essenziale
15) informativa sui diritti del cittadino in caso di superamento dei tempi massimi (in accordo alla Legge finanziaria 2006 e al comma 13 dell'art. 3 del D.Lgs. 29/4/98 n. 124)	Essenziale
Informazioni da inserire nei portali AA.SS.LL., AA.OO,	Rilevanza

IRRCS e delle AAOOUU	
1) Tempo Massimo Regionale e/o aziendale se minore (espresso in giorni)	Essenziale
2) elenco delle prestazioni per cui è garantito il rispetto del tempo massimo	Essenziale
3) elenco delle strutture erogatrici che assicurano i tempi massimi per le prestazione del punto 2)	Essenziale
4) elenco delle prestazioni per cui la prenotazione è obbligatoria	Essenziale
5) spiegazione ed effetti delle classi di priorità	Essenziale
6) luoghi, giorni e orari di prenotazione presso ciascuna struttura erogatrice	Essenziale
7) chi può accedere al CUP e dove	Essenziale
8) call center informativo	Utile
9) cosa occorre per prenotarsi (prescrizione, tessera sanitaria etc.)	Essenziale
10) informativa sul divieto di sospensione delle prenotazioni	Essenziale
11) informativa sull'eventuale sospensione dell'erogazione delle prestazioni	Essenziale
12) costi dei servizi e delle prestazioni	Essenziale
13) informativa sui regimi di erogazione (istituzionale piuttosto che quello libero-professionale) con indicazioni sulle modalità di utilizzo e sulle iniziative che adottate per rendere i due regimi equi.	Essenziale
14) Newsletter sui tempi e liste di attesa	Utile
15) FAQ (Frequently Asked Question) sui tempi e le liste di attesa	Essenziale
16) informativa sui diritti del cittadino in caso di superamento dei tempi massimi (in accordo alla Legge finanziaria 2006 e al comma 13 dell'art. 3 del D.Lgs. 29/4/98 n. 124)	Essenziale
17) informazioni circa l'obbligo e le modalità di comunicare l'eventuale annullamento o modifica della prenotazione	Essenziale

Tabella B Informazioni sui tempi e le liste di attesa da inserire nei portali web

Controllo sulle agende di prenotazione da parte di soggetti esterni

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.

Tali azioni di controllo sulle agende di prenotazione verranno consentite anche ad associazioni di tutela e del volontariato.

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.

Informativa per le associazioni di tutela e di volontariato

Informativa inerente gli interventi di controllo e monitoraggio che le aziende hanno assunto in ordine al rispetto della normativa sui regimi di erogazione.

Soddisfazione degli utenti

L'azienda sanitaria applica le metodologie promosse dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri per la determinazione del grado di soddisfazione dei cittadini in accordo a quanto specificato nella legge n.1 del 2 marzo 2006 e nella direttiva del 27 luglio 2005 "Direttiva della qualità dei servizi on line e la misurazione della soddisfazione degli utenti".

MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

La presenza dei sistemi informatizzati per la gestione delle prenotazioni e delle prestazioni rende oggi le attività di monitoraggio molto più agevoli. E' però essenziale che si ponga sempre più attenzione alla qualità, alla leggibilità e alla confrontabilità dei dati.

L'inserimento di alcuni campi nel sistema informativo permetterà di avere la disponibilità delle informazioni essenziali per gestire il sistema e per svolgere le necessarie verifiche sui tempi di attesa.

I contenuti essenziali del tracciato record per le prestazioni di ricovero sono quelli già elencati nel paragrafo sulla gestione dei registri di prenotazione.

E' evidente che a fronte dell'enorme numero di prestazioni erogate dal SSN è opportuno che le verifiche sui tempi di attesa si concentrino su di un numero limitato di prestazioni che presentano criticità o che assumono particolare significatività. A tal proposito la Regione si impegna ad effettuare il monitoraggio delle prestazioni individuate come prestazioni "sentinella" nel Piano nazionale per la riduzione delle liste di attesa, con la rilevazione, per le strutture coinvolte e per singola prestazione, del numero delle prestazioni erogate e dei relativi tempi di attesa, nonché della percentuale di prestazioni che superano il tempo di attesa massimo stabilito. La rilevazione dei dati sarà effettuata nel rispetto delle cadenze e delle procedure definite a livello nazionale.

Per quanto riguarda la rilevazione del tempo di attesa per le prestazioni ospedaliere si ricorda che con la delibera 512 del 2005 si è disposta l'obbligatorietà, a partire dal 1 gennaio 2006, della compilazione del campo "data di prenotazione" sulle Schede di Dimissione Ospedaliera per i ricoveri ordinari, di Day Hospital e di Day Surgery. Con successivi atti l'assessorato alla Sanità provvederà a rendere obbligatorio l'inserimento nelle SDO del campo classe di priorità.

Le aziende sanitarie devono prevedere nel loro Programma Attuativo le modalità per la corretta e tempestiva rilevazione dei dati necessari a monitorare l'andamento delle liste di attesa per tali prestazioni.

Le modalità di attuazione del Monitoraggio di Sistema e del Monitoraggio delle Liste di Attesa saranno oggetto di apposito provvedimento assessorile.

La lettura, l'analisi e la valutazione dell'andamento del fenomeno saranno effettuate dalla Commissione individuata dal suindicato Decreto assessorile.

Gli uffici regionali dovranno verificare il rispetto degli impegni assunti nei singoli programmi attuativi aziendali.

I PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Le Aziende Sanitarie aggiornano ed adottano, con atto formale, entro il termine di 30 gg decorrenti dalla notifica del presente provvedimento, il Programma Attuativo Aziendale.

Tale Programma sarà approvato dalla Regione Campania a seguito di verifica di congruità e conformità con gli obiettivi del Piano Regionale.

L'Assessorato alla Sanità, in collaborazione con l'ARSAN, con successivi provvedimenti provvederà alla valutazione del Programma Aziendale secondo i criteri stabiliti e i relativi indicatori individuati nella bozza di documento "Linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei Piani regionali sui Tempi di Attesa".