

2) entro 30 giorni dalla ricezione del provvedimento di cui sopra, l'Assessorato della sanità procederà alla verifica ed approvazione della delibera aziendale;

3) entro 30 giorni dall'approvazione assessoriale, il direttore generale dovrà dare piena attuazione al "Piano aziendale di contenimento delle liste di attesa".

Art. 3

Entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente decreto verranno emanate specifiche direttive finalizzate alla revisione periodica delle attività prescrittive delle prestazioni oggetto di monitoraggio.

Art. 4

Il mancato rispetto da parte del direttore generale delle disposizioni di cui ai punti 1 e 3 dell'art. 2 del presente decreto comporterà, oltre la decadenza, una valutazione negativa dello stesso ai fini della riconferma dell'incarico e dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

Art. 5

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 2 luglio 2008.

CIRIMINNA

Allegato

PIANO REGIONALE DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2006-2008 ex art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 "Legge finanziaria 2006"

Adeguamento del piano di cui al decreto 30 giugno 2006

Premessa

Obiettivo di primaria importanza per il Servizio sanitario nazionale è assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie adeguate ai problemi clinici presentati, nel rispetto del diritto della persona alla tutela della salute e del principio di equità nell'accesso alle prestazioni. Le organizzazioni sanitarie evolute sono tutte interessate dal problema dei tempi d'attesa. Nonostante l'impegno sistematico, finalizzato al loro contenimento, non si è giunti alla definizione di misure efficaci.

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici e attengono a tre grandi aree di intervento: il governo della domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza e i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni. In particolare fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la valutazione dei bisogni assistenziali da parte dei medici prescrittori, l'affermarsi di modelli culturali di "consumo sanitario" (spesso anche indotti dai media), la maggiore capacità di intervento del sistema sanitario (anche grazie alla crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti), le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili, le difficoltà di un settore che presenta al proprio interno nicchie di mercato di difficile regolamentazione.

Per tali motivi è necessario adottare idonei programmi - e introdurre strategie da perseguire nel loro insieme - per garantire un uso sempre più razionale delle risorse e consentire l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizioni di appropriatezza e qualità.

Efficacia, efficienza, trasparenza, appropriatezza - anche temporale - e qualità delle prestazioni sono poste al centro delle strategie di intervento della Regione.

Tali principi sono perseguibili con una puntuale conoscenza dei tempi d'attesa, prevedendo fra l'altro il monitoraggio del fenomeno. L'ottimizzazione della loro gestione, in un contesto volto a orientare l'assistenza verso il miglioramento continuo della qualità,

è realizzabile con gli strumenti del governo clinico. A tal fine è necessario prevedere un approccio sistematico per processi con la gestione dei percorsi clinico-diagnostico-terapeutici in un contesto multidisciplinare e multiprofessionale. L'appropriatezza, clinica e organizzativa, è sicuramente l'elemento regolatore delle scelte e dei comportamenti di tutti i soggetti che hanno una responsabilità rispetto al bisogno di salute. L'appropriatezza è quindi presupposto indispensabile, sebbene non sufficiente, per garantire il diritto alla salute stessa.

Con riguardo alla normativa nazionale e regionale prodotta su questo difficile argomento, in armonia con la suddetta esigenza di appropriatezza anche temporale di erogazione delle prestazioni, il decreto legislativo n. 124/1998, art. 3, comma 10, ha previsto l'obbligo di definire il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse, attribuendo alle Regioni il compito di definire i criteri generali e ai direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere la definizione dei tempi.

Con decreto n. 8268 del 30 giugno 2006 sono state fornite indicazioni ai direttori generali delle aziende per l'applicazione dell'art. 3 del citato decreto. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 - che definisce i livelli essenziali di assistenza - e l'Accordo Stato-regioni del 14 febbraio 2002 hanno stabilito le linee guida sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e hanno definito i tempi massimi d'attesa.

L'Accordo Stato-regioni dell'11 luglio 2002 ha fornito alle Regioni indicazioni sui criteri generali di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni ed ha individuato alcune aree di intervento ritenute critiche a livello nazionale. Inoltre la Conferenza Stato-regioni del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 - "Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008" di cui all'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ha sancito che le regioni debbano adottare un Piano regionale attuativo di contenimento dei tempi d'attesa. Entro i termini stabiliti dall'intesa Stato-regioni del 28 marzo 2006 e dai documenti attuativi, le aziende sanitarie dovranno adottare il programma attuativo aziendale.

Con decreto n. 8268 del 30 giugno 2006 la Regione Sicilia ha dato attuazione all'Intesa, sancita in Conferenza Stato-regioni nella seduta del 28 marzo 2006 relativa al "Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008" sancendo, tra l'altro, che ogni direttore generale delle aziende sanitarie della Regione avrebbe dovuto elaborare il Programma attuativo aziendale.

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 con la comunicazione n. 28107/dgprog/21/P.1° del 22 dicembre 2006 ha definito la metodologia di valutazione dei Piani regionali per il contenimento dei tempi d'attesa (PRCTA) ai fini della certificazione di realizzazione.

La metodologia proposta si avvale di indicatori di valutazione raggruppati secondo criteri che prevedono:

- 1) l'adozione formale di un Piano regionale sul contenimento dei tempi d'attesa previsti dall'intesa Stato-regioni del 28 marzo 2006;
- 2) l'individuazione dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 3 della sopracitata intesa Stato-regioni del 28 marzo 2006;
- 3) l'individuazione delle linee generali di intervento per il contenimento dei tempi d'attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa (P.N.C.T.A.);
- 4) la predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero;
- 5) l'individuazione degli indirizzi uniformi per la predisposizione di programmi attuativi aziendali e per le attività di monitoraggio.

Con nota DIRS/DIR n. 222 del 29 gennaio 2007, la Regione Sicilia ha adottato il Piano regionale di contenimento delle liste d'attesa che definisce una serie di azioni da intraprendere.

Con il presente decreto, ad integrazione di quanto previsto dal decreto 30 giugno 2006, n. 8268, si fornisce un elenco dettagliato delle prestazioni previste dal P.N.C.T.A.

La realtà della Sicilia

L'analisi della situazione attuale della Sicilia ci permette di evidenziare le criticità e di formulare proposte di intervento per il miglioramento del sistema.

A tal fine si richiamano sinteticamente alcuni elementi di conoscenza dei tempi di attesa nelle aziende sanitarie della Regione,

con riguardo ai risultati dell'attività di monitoraggio a livello nazionale. L'analisi dei tempi d'attesa condotta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (A.S.S.R.) con metodologia uniforme per tutte le regioni, colloca la Regione Sicilia in una situazione complessivamente accettabile per quanto attiene ai tempi massimi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali sia per quelle di ricovero programmato monitorate. Peraltro, l'ampia variabilità dei tempi di attesa a livello interaziendale e intraziendale rivela l'esistenza di aree di sofferenza e disagio per gli utenti, particolarmente evidente in alcune strutture, che richiedono la definizione di adeguate strategie di intervento.

A fronte di una situazione complessivamente accettabile della Sicilia per quanto riguarda i tempi di attesa, (ove valutata rispetto alle realtà rilevate), appare opportuno sintetizzare lo stato dei sistemi di prenotazione. In Regione sono operativi solo alcuni centri unici di prenotazione situati presso alcune aziende sanitarie soprattutto ospedaliere, sistemi che comunque non sono in rete fra di loro con gestione delle agende e livelli di informatizzazione molto variabili. Allo scopo di migliorare la qualità del servizio sanitario erogato al cittadino, nell'ambito del progetto di realizzazione del nuovo sistema informativo sanitario, la Regione sta progettando un sistema regionale di prenotazione centrale o di tipo federato. Il progetto di realizzazione del CUP è finalizzato a:

— fornire al cittadino un punto unico a cui rivolgersi per le prenotazioni delle visite specialistiche e dei ricoveri programmati che avverranno attraverso il sistema CUP non appena il sistema informativo sarà realizzato ed operativo;

— ridurre i tempi di attesa delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti realizzando un sistema che consenta di assegnare le priorità e scegliere gli erogatori secondo una logica territoriale a cerchi concentrici dando una risposta ai bisogni diagnostici e assistenziali ponendo al centro le prestazioni a minore complessità che possano ricevere risposte appropriate nel comune e/o distretto di residenza e definendo una strategia di rete, in cui le richieste di diagnosi e cure più complesse vengano garantite da strutture a maggiore complessità organizzativa e tecnologica.

In atto si deve constatare la carenza relativa di attrezzature ad elevata complessità quali P.E.T., risonanza magnetica, TAC multislice e strumenti per terapie avanzate quali radioterapia per cui, a titolo di esempio, in atto la dotazione è di una struttura di radioterapia ogni 400-500.000 abitanti contro uno standard nazionale di 1 ogni 200.000 abitanti.

Necessita inoltre che le strutture a maggiore complessità possano erogare le proprie prestazioni nell'arco delle 24 ore dovendo assicurare le prestazioni interne (programmate e urgenti) e gli eventuali controlli.

Tenendo presente che la problematica Liste d'attesa si riferisce al 1° accesso del cittadino alla struttura, occorre garantire spazi tempo-uomo adeguati in modo tale che la richiesta canalizzata presso un solo erogatore riceva la garanzia dell'erogazione e nei modi stabiliti dal presente Piano.

Ciò comporta, inoltre, che:

1) ridurre il numero delle prenotazioni non disdette ancorché non seguite dalla prestazione, prevedendo per le prestazioni che richiedono maggiore tempo di attesa, l'acquisizione periodica della conferma e/o revoca della prestazione prenotata e/o prevedendo il pagamento anticipato del ticket entro 3 giorni lavorativi dalla data della prenotazione;

2) verificare l'andamento delle liste d'attesa al fine di consentire alla Regione e alle aziende sanitarie la programmazione degli interventi necessari ad abbattere i tempi d'attesa;

3) coinvolgere i medici di medicina generale e i medici specialisti, anche attraverso l'utilizzo del sistema per l'applicazione di percorsi e priorità di accesso differenziati, in funzione del grado di gravità e/o urgenza clinica;

4) migliorare la gestione delle strutture sanitarie e ottimizzare l'uso delle risorse.

Tale sistema di prenotazione consentirà al cittadino di effettuare la prenotazione attraverso il call center, la rete dei medici di medicina generale oppure direttamente attraverso gli sportelli CUP.

In coerenza con quanto definito in seno alla commissione salute della Conferenza Stato-regioni in attuazione di quanto previsto nell'accordo del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 - "Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008" di cui all'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, si riportano di seguito alcune indicazioni con riguardo alle linee di intervento adot-

tate e/o da adottare ai fini del raggiungimento degli obiettivi di miglioramento dei tempi di attesa.

A tal fine, pare opportuno ricordare che l'appropriatezza temporale (oltre che clinica e organizzativa) nell'erogazione delle prestazioni, più che attraverso la regolazione generica dei tempi d'attesa, si persegue attraverso il rispetto delle differenti esigenze cliniche, opportunamente valutate sulla base di criteri di priorità da utilizzare sistematicamente all'interno delle strutture sanitarie.

1) *Organizzazione delle agende per "priorità di accesso alle prestazioni"*

Finora in Sicilia l'accesso alle prestazioni secondo criteri di priorità clinica è avvenuto in modo non uniforme, nell'ambito di alcune sperimentazioni regionali in coordinate dalla Regione in collaborazione con l'A.S.S.R. e conclusesi positivamente nonostante le difficoltà dovute alla prima applicazione di tale modalità di accesso.

Al riguardo si conviene che l'indicazione di priorità d'accesso alle prestazioni sanitarie costituisce uno dei cardini per garantirne l'appropriatezza, in accordo con il fatto che "l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente fondamentale dei livelli essenziali di assistenza" (D.P.C.M. 16 aprile 2002).

A tal fine, la Regione ha fornito indicazioni per l'adozione del criterio di stratificazione delle agende per priorità cliniche, che sono meglio definite nell'Accordo integrativo regionale con i medici di medicina generale, in considerazione del ruolo fondamentale dei medici del sistema di cure primarie nel governo della domanda delle prestazioni sanitarie.

Inoltre, si ricorda che fra gli obbiettivi assegnati ai direttori generali delle aziende sanitarie, è inserita l'attivazione di procedure per la gestione differenziata delle liste d'attesa.

2) *Azioni per la trasparenza delle liste d'attesa*

Le aziende, attualmente, forniscono informazioni sulle attese per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero in modo occasionale e sporadico, sia nel momento in cui il cittadino richiede la prestazione, sia attraverso l'ufficio relazioni con il pubblico e le direzioni sanitarie dei presidi.

Poiché l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa costituiscono l'effettivo esercizio del diritto all'informazione del cittadino e rappresentano una risorsa strategica di verifica del miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti, le aziende devono organizzarsi affinché i tempi d'attesa siano trasparenti, disponibili attraverso l'ufficio relazioni con il pubblico, tramite il sito web e altre forme individuate dalle aziende. La validità degli interventi posti in essere andrà valutata nell'ambito della rilevazione della soddisfazione degli utenti con periodicità almeno annuale.

3) *Modalità di coinvolgimento degli utenti e delle loro associazioni*

Il rapporto tra le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti - operanti sul territorio regionale presenti nell'elenco previsto dall'art. 137 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 - è per lo più affidato fino ad oggi alla sensibilità dei diversi soggetti.

Per il futuro, considerato il positivo contributo che possono fornire le varie associazioni, le aziende devono attivare forme di collaborazione, favorire la diffusione dell'informazione aziendale e delle esigenze dei cittadini adottando comunque programmi strutturati.

4) *Modalità per regolare la sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni*

Il fenomeno della sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e/o di ricovero è regolato da quanto disposto nelle "Linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa" come indicato nella più volte citata nota prot. n. 28107/dgprog/21/P.1° del 22 dicembre 2006 dal Comitato per la verifica dei LEA.

L'azienda sanitaria in caso di sospensione delle attività di prenotazione di una prestazione, per gravi ed eccezionali motivi, deve regolamentare tale sospensione con specifici atti, da comunicare alla Regione previa consultazione con i rappresentanti degli utenti.

Oltre ai problemi legati alla sospensione delle prenotazioni, le aziende possono eccezionalmente trovarsi in situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione delle prestazioni (quali ad esempio il guasto macchina o la momentanea e improvvisa assenza di personale). Tali situazioni devono essere analizzate nell'ambito

delle attività di riduzione del rischio di interruzione dell'attività assistenziale e devono essere tenute presenti in particolare nella definizione dei contratti di manutenzione delle apparecchiature tecnologiche. In ogni caso devono essere previste modalità di recupero delle prestazioni prenotate e non erogate, anche attraverso l'incremento dell'attività nei giorni immediatamente successivi l'interruzione o la stipula di accordi con altre strutture presenti nel territorio. Le soluzioni individuate devono in ogni caso ridurre al massimo il disagio per gli assistiti.

Le sospensioni dell'attività di prenotazione non possono avvenire senza l'autorizzazione del direttore sanitario aziendale che sarà informato dal direttore sanitario del presidio, la direzione aziendale dovrà informare la Regione di ogni sospensione avvenuta e tali informazioni dovranno essere inviate al Ministero della salute. Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni: tipologia di prestazione sospesa, motivazione della sospensione, struttura nella quale è avvenuta la sospensione, durata della stessa, azioni intraprese per evitarla. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'azienda disporrà per i nuovi utenti dei pre-appointamenti, ovvero può indicare un periodo di massima nel quale potrà essere erogata la prestazione, la data precisa della prestazione dovrà essere successivamente comunicata dall'azienda, che contatta direttamente l'utente oppure essere ottenuta dall'utente mediante una telefonata ad un numero indicato dalla azienda stessa, numero che dovrà essere con certezza disponibile in un determinato orario. In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per le prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione. In caso di sospensione dell'erogazione di una prestazione per gravi ed eccezionali motivi (guasto macchinari, indisponibilità del personale, etc.), il direttore sanitario aziendale attiverà ogni idonea procedura atta a garantire l'erogazione della prestazione a favore dei pazienti già inseriti nella relativa lista. In particolare sarà valutata la possibilità di riprogrammare il paziente anche in sovrannumero nei giorni immediatamente successivi alla ripresa dell'erogazione delle prestazioni, di tale riprogrammazione dovrà essere data tempestivamente comunicazione al paziente.

5) *Modalità per identificare nel flusso informativo le prescrizioni relative alle prestazioni con tempi massimi di attesa garantiti*

E' attualmente in fase di realizzazione il Sistema informativo sanitario regionale (S.I.S.R.) che andrà a integrarsi al monitoraggio periodico trimestrale dei tempi d'attesa delle prestazioni traccianti, previsto a livello nazionale dall'Intesa Stato-regioni del 28 marzo 2006, con cadenza semestrale. Il S.I.S.R. consentirà un monitoraggio specifico delle prestazioni e delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione che permetterà un confronto dei tempi massimi d'attesa fissati a livello regionale.

La Regione, inoltre, partecipa attivamente al monitoraggio nazionale sui tempi di attesa in collaborazione con l'A.S.S.R. e, non appena definita la metodologia a livello nazionale, si impegna ad attivare il flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni "bianche" di cui al P.N.C.T.A.

6) *Criteri per la definizione dei percorsi per le prestazioni di tipo diagnostico-terapeutico*

L'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, istituito con legge regionale n. 2/2007, art. 9, comma 9, costituito presso l'Assessorato regionale della sanità, ha già emanato alcune linee guida diagnostico-terapeutiche sulle patologie ad importante rilievo regionale.

La Regione Sicilia ha già emanato alcune linee guida sulle patologie a più elevato impatto sociale e/o sanitario, quali l'ipertensione arteriosa, le malattie osteoarticolari croniche degenerative, il diabete e la malattia peptica. Sono in corso di avanzata definizione le linee guida per lo scompenso cardiaco e la B.P.C.O. e l'aggiornamento di quelle relative all'ipertensione arteriosa.

Le aziende sanitarie sono tenute ad applicare le suddette linee guida al fine di consentire l'erogazione di livelli di assistenza omogenei.

7) *Misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa*

Le aziende devono porre in essere le misure necessarie per il "governo della domanda", ovvero perché le prescrizioni siano ap-

propriate dal punto di vista dei percorsi diagnostico terapeutici e dal punto di vista della priorità clinica indicata; devono inoltre verificare che la gestione delle prenotazioni sia avvenuta in modo ottimale rispetto al sistema di prenotazione in uso (effettuando la pulizia sistematica delle liste più lunghe, la diversa strutturazione delle agende e verificando le ragioni di eventuali incrementi della domanda etc.).

Oltre le azioni dal lato del governo della domanda, le aziende adottano le misure più opportune dal lato dell'offerta prevedendo ove necessario interventi quali l'aumento dei volumi di attività (anche attraverso la verifica dei reali livelli di produttività delle strutture - numero di visite/ora e di prestazioni/ora - o incrementando le ore, giornaliere o settimanali, di apertura delle strutture dirette a favorire lo svolgimento presso gli ospedali pubblici di accertamenti diagnostici in maniera continuativa in armonia con quanto previsto dall'accordo Stato-regioni del 14 febbraio 2002.

Nel contempo potranno essere acquisite prestazioni da erogare in plus orario ed intramoenia istituzionale secondo progetti finalizzati alla specifica riduzione di determinate liste critiche. Per evitare interruzioni dovute a guasti tecnici, particolare attenzione va riservata ai contratti di manutenzione delle apparecchiature tecnologiche.

8) *Criteri per l'individuazione 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*

Il problema può essere affrontato attraverso la realizzazione di un sistema di prenotazione informatizzato e centralizzato.

A tale proposito è opportuno ricordare che, nonostante le indicazioni contenute nella relazione redatta nel 2001 dalla commissione ministeriale sulle liste d'attesa (confermate anche in successivi documenti), i C.U.P. attivi in Regione sono ancora orientati prevalentemente alla gestione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con modalità di organizzazione delle agende di prenotazione non uniformi. Le rilevazioni effettuate dall'A.S.S.R., in occasione delle giornate nazionali di monitoraggio delle liste di attesa, è emerso una elevata variabilità sulla tipologia delle agende di prenotazione, verosimilmente ascrivibile alla scarsa diffusione dei sistemi di gestione informatizzata delle prenotazioni (C.U.P.) nella Regione Sicilia.

Nelle more della realizzazione di un sistema C.U.P. regionale, collegato alle attività di realizzazione del Sistema informativo sanitario regionale, è stato attivato un sistema C.U.P. su un paniere limitato di prestazioni da gestire attraverso un numero verde regionale.

Al fine di consentire, comunque, il monitoraggio delle attività, si dispone che le aziende prevedano l'inclusione di tutte le prestazioni erogabili all'interno dei sistemi di prenotazione esistenti (cartacee o C.U.P. aziendali), differenziando le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le prime visite, i controlli, le prestazioni diagnostiche strumentali, le prestazioni erogabili dai privati accreditati, le prestazioni da erogare in regime di intramoenia e i ricoveri programmati.

Si ricorda, inoltre, che è vietato l'uso delle agende chiuse.

9) *Prestazioni ambulatoriali per le quali le Regioni individuano i tempi massimi di attesa*

L'Intesa Stato-regioni del 28 marzo 2006 prevedeva la definizione di tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali "colorate in bianco".

Di seguito si indicano le prestazioni per le quali le regioni si impegnano a definire tempi massimi di attesa, in coerenza con quanto emerso in seno alla commissione salute della Conferenza Stato-Regioni. L'elenco, distinto per aree, fa riferimento alle prestazioni individuate con riguardo a:

a) specifiche aree critiche di bisogno assistenziale per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);

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

c) settori ad alta complessità tecnologica;

d) ambiti con forti differenze di accessibilità livello nazionale.

Sono da intendersi non incluse nel presente Piano le prestazioni erogate nell'ambito di piani regionali della prevenzione o di programmi di screening organizzati in ambito regionale e/o aziendale, i follow-up e i controlli programmati nel caso di particolari patologie e nell'ambito dei controlli post ricovero per le quali vanno rispettati i tempi clinici previsti dai protocolli diagnostico-terapeutici.

I tempi massimi sono stati fissati tenendo conto:

a) delle indicazioni nazionali contenute nei documenti prodotti dalla Conferenza Stato-regioni e dai tavoli tecnici della commissione salute;

b) della attuale situazione della Sicilia e delle concrete possibilità di miglioramento; a tale proposito si precisa che i tempi previsti nella tabella seguente sono in qualche caso inferiori e in altri superiori rispetto a quelli risultanti dalle indicazioni formulate a livello interregionale. L'obiettivo è quello di fissare tempi massimi credibili e concretamente raggiungibili tenuto conto dell'attuale dotazione strutturale delle aziende sanitarie, attraverso azioni organizzative differenziate a livello aziendale che gradualmente consentano il superamento delle aree di criticità.

Si precisa che i tempi massimi di cui di seguito riguardano prestazioni sanitarie richieste in condizioni di non urgenza, ovvero con l'esclusione delle situazioni in cui la persona si trova in condizioni cliniche che impongono tempi inferiori ai massimi stabiliti dal presente Piano e che le aziende devono provvedere a erogare in ogni caso con la necessaria tempestività. I tempi massimi indicati nelle tabelle che seguono non si riferiscono quindi alle richieste di prestazioni che esigono risposte urgenti (ovvero entro 10 giorni) alle quali si deve provvedere ai sensi dei decreti attuativi dell'art. 50 del decreto legge n. 269/2003, convertito nella legge n. 326/2003, che identificano 4 classi di priorità per l'accesso alle prestazioni, in sostanziale concordanza con quanto indicato nell'accordo Stato-regioni dell'11 luglio 2002.

Si precisa infine che i tempi massimi di attesa di cui in seguito devono essere garantiti al 90% delle persone che ne hanno fatto richiesta, a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso, ai sensi del punto 3 dell'allegato all'Intesa del 28 marzo 2006 e che nel caso di utilizzo del criterio di accesso per priorità cliniche le aziende potranno indicare una diversa graduazione dei tempi massimi di attesa.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER LE QUALI LE REGIONI INDIVIDUANO TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Tabella n. 1 - **Elenco delle prestazioni previste dall'intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006 "colorate in bianco"**

A. Area oncologica

Le prestazioni per l'area oncologica devono essere assicurate entro 10 giorni considerando la classe di priorità A in caso di sospetto "consistente"

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Tempi max (giorni)
1	Visita oncologica		89.7	10
<i>Radiologia</i>				
3	Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1 87.37.2	60
<i>TC con o senza contrasto</i>				
4	Torace	87.41	87.41 87.41.1	50
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 88.01.1	50
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 88.01.3	50
7	Addome completo	88.01	88.01.6 88.01.5	50
<i>Risonanza magnetica</i>				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 88.91.2	50
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 88.95.5	50
<i>Ecografia</i>				
10	Addome	88.74 88.75 88.76	88.74.1 88.75.1 88.76.1	60
11	Mammella	88.73	88.73.2	60
<i>Esami specialistici</i>				
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	60
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	60
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 45.16	60

B. Area cardiovascolare

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Tempi max (giorni)
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	30
26	Visita chirurgia vascolare-angiologica	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	30
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	60

C. Area materno infantile

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Tempi max (giorni)
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	15

D. Area geriatria

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Tempi max (giorni)
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30

TC 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	40
47	Fondo oculare	95.1	95.09.1	40

E. Visite specialistiche di maggior impatto

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Tempi max (giorni)
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	20
51	Visita oculistica	95.0	95.02	20
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7	20
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	30
54	Visita urologica	89.7	89.7	20

A completamento di quanto finora indicato, per le prestazioni "colorate in grigio" riportate nell'intesa del 28 marzo 2006, di cui alla tab. 2 e che fanno parte integrante del presente Piano, si rileva che la maggior parte di esse si possono considerare singolarmente, mentre altre (visita oncologica, broncoscopia, TAC torace) possono essere considerate in modo più appropriato all'interno di un percorso diagnostico, con garanzia temporale di insieme.

I percorsi potranno offrire maggiori garanzie di applicazione se fortemente condivisi dalle aziende sanitarie. Pertanto si ritiene opportuno porsi l'obiettivo di individuare, nell'arco di un anno, il percorso per la definizione diagnostica dell'area oncologica con particolare attenzione per i tumori del polmone, della prostata e della mammella o di altre aree; in difetto la Regione provvederà a stabilire il tempo d'attesa massimo per ogni singola prestazione.

E' intendimento della Regione favorire la definizione dell'inserimento in percorsi diagnostici anche per le altre prestazioni, privilegiando modelli proposti da aziende della nostra Regione che rispondano a questa finalità e resi condivisibili attraverso un tavolo tecnico di confronto Assessorato della sanità - aziende.

Le aziende sanitarie e i policlinici universitari, entro 60 giorni dall'emanazione del presente atto, dovranno ridefinire la struttura dei loro programmi attuativi aziendali, predisposti ai sensi del decreto 30 giugno 2006, n. 8268, nei quali si dovranno prevedere:

1) i criteri e le modalità per il rispetto dei tempi massimi di attesa secondo quanto indicato nel presente Piano per le prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate al punto 3 dell'intesa Stato-regioni (tab. n. 1);

2) l'adozione di criteri di priorità clinica per alcune prestazioni di particolare rilievo e individuazione di eventuali percorsi diagnostico-terapeutici per patologie di particolare importanza con l'indicazione del tempo massimo previsto per il percorso;

3) per le prestazioni di cui alla tab. 2, verifica della situazione dei tempi di attesa e delle azioni da avviare con riferimento a specifiche prestazioni sentinella;

4) i tempi massimi di attesa aziendali per le prestazioni di ricovero (tab. n. 3);

5) la programmazione di controlli periodici sul rispetto dei tempi d'attesa, sull'applicazione del criterio di priorità clinica e dei percorsi diagnostico-terapeutici su prestazioni indicate nell'intesa Stato-regioni del 28 marzo 2006 e successivamente individuati;

6) l'individuazione del tempo massimo di attesa nell'intero territorio aziendale, anche tenuto conto delle condizioni di accesso e di viabilità;

7) la disponibilità di elenchi con indicazione delle strutture nelle quali si erogano le prestazioni oggetto di garanzia dei tempi nei diversi ambiti territoriali e loro opportuna diffusione in tutte le

strutture aziendali, sia attraverso l'esposizione al pubblico, sia attraverso i front-office, sia attraverso il sito aziendale ecc., a garanzia di massima trasparenza e accessibilità;

8) le aziende dovranno predisporre percorsi organizzativi per ottimizzare la refertazione e la consegna dei referti.

Le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmati saranno regolate da quanto disposto nell'allegato B al presente Piano denominato "linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa" di cui alla citata nota del comitato L.E.A. prot. n. 28107/dg-prog/21/P.1° del 22 dicembre 2006.

La Regione provvederà a verificare i Piani presentati dalle singole aziende e a monitorare periodicamente lo stato di attuazione delle attività programmate e i risultati raggiunti, con particolare riguardo ai fenomeni più rilevanti ai fini della garanzia della risposta assistenziale e precisamente:

1) sospensione dell'attività di erogazione;

1) priorità cliniche d'accesso alle prestazioni;

2) percorsi diagnostici.

Per il contenimento dei tempi di attesa le aziende dovranno individuare le opportune strategie, anche nel rispetto di quanto previsto per i tetti di spesa e i volumi di attività di cui al Piano di rientro, utilizzando i risultati del monitoraggio interno per porre in essere gli opportuni correttivi.

Tali valutazioni dovranno essere trasmesse all'Assessorato regionale della sanità, con cadenza e modalità che verranno comunicate con successivo documento.

Per tali finalità, inoltre, tutte le aziende unità sanitarie locali sono tenute a partecipare alla sperimentazione nazionale condotta dall'A.S.S.R. sulle prestazioni "grigie", delle quali l'ultima è stata effettuata nel mese di giugno 2007 (solo in 2 aziende unità sanitarie locali della Sicilia).

Tabella n. 2 - **Elenco delle prestazioni previste dall'intesa del 28 marzo 2006 "colorate in grigio"**

Nome prestazione	Codice nomenclatore nazionale	Tempi max (giorni)
Elettrocardiogramma da sforzo	89.43	30
Elettrocardiogramma da sforzo	89.41	30
Holter pressorio	89.61.1	30
Colloquio psichiatrico	94.19.1	10
Radiografia del capo	87.17.1	30
Radiografia del torace	87.44.1	30
Clisma opaco semplice e con doppio contrasto	87.65.1	60
Clisma opaco semplice e con doppio contrasto	87.65.2	60
Radiografia completa del tubo digerente	87.61	30
Urografia endovenosa	87.73	60
Radiografia ossea e delle articolazioni	87.22	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	87.23	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	87.24	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	87.29	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.21	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.22	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.23	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.26	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.27	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.28	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.29.1	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.29.2	30
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.31	30
Radiografia dell'addome	88.19	30

Nome prestazione	Codice nomenclatore nazionale	Tempi max (giorni)		
		A	B	C
<i>TAC con/senza mezzo di contrasto</i>				
Massiccio facciale	87.03.3			
Massiccio facciale	87.03.2			
Collo	87.03.8			
Collo	87.03.7			
Arcate dentarie (dental scan)	87.03.4			
Orecchio	87.03.6			
Orecchio	87.03.5			
Ghiandole salivari	87.03.9			
Rene	87.71			
Rene	87.71.1			
Arti superiori ed inferiori	88.38.4			
Arti superiori ed inferiori	88.38.3			
Arti superiori ed inferiori	88.38.7			
Arti superiori ed inferiori	88.38.6			
<i>Risonanza magnetica</i>				
Cervello e del tronco encefalico (incluso relativo distretto vascolare)	88.91.1			
Cervello e del tronco encefalico senza e con contrasto (incluso relativo distretto vascolare)	88.91.2			
Torace e miocardio	88.92			
Torace e miocardio	88.92.1			
Muscoloscheletrica	88.94.1			
Muscoloscheletrica	88.94.2			
Colonna vertebrale	88.93			
Colonna vertebrale	88.93.1			
<i>Ostetricia e ginecologia</i>				
Isteroscopia	68.12.1			
<i>Ortopedia</i>				
Artroscopia				
<i>Ecografia</i>				
		Tempi max (giorni)		
Toracica	88.73.3		30	
Capo e collo	88.71.4		30	
<i>Dermatologia</i>				
Test allergologici	91.90.1		30	
Test allergologici	91.90.2		30	
Test allergologici	91.90.3		30	
Test allergologici	91.09.4		30	
Test allergologici	91.09.5		30	
Test allergologici	91.09.6		30	
<i>Gastroenterologia</i>				
Visita gastroenterologica	89.7		30	
Visita gastroenterologica	89.01		30	
<i>Pneumologia</i>				
Visita pneumologica	89.7		30	
Visita pneumologica	89.01		30	

Nome prestazione	Codice nomenclatore nazionale	Tempi max (giorni)
<i>Neurologia</i>		
Elettroencefalogramma	89.14	20
Elettromiografia	93.08.1	30
<i>Oculistica</i>		
Campo visivo	95.05	20
Fluorangiografia	95.12	30
<i>Otorino</i>		
Impedenzometria	95.42	30
Potenziali evocati	89.15.1	30
Test vestibolari	95.44.1	30
Test vestibolari	95.44.2	30
Test vestibolari	95.45	30
<i>Riabilitazione</i>		
1ª visita riabilitativa	89.7	20
Respiratoria	93.18.1	30
Respiratoria	93.18.2	30
Motoria	93.11.1	30
Motoria	93.11.2	30
Motoria	93.11.3	30
Motoria	93.11.4	30
Motoria	93.11.5	30
Logopedia	93.72.1	30
Logopedia	93.72.2	30
Ortottica	93.78.1	30
Ortottica	93.78.2	30
<i>Endocrinologia</i>		
Visita endocrinologica	89.7	30
Visita endocrinologica	89.01	30

Tabella n. 3 - Prestazioni di ricovero ospedaliero per le quali va determinato il tempo d'attesa

Gli standard regionali corrispondono alle classi di priorità			Classi della ricetta	Si riferiscono alle prime visite/accertamenti Sono esclusi i controlli e gli screening
Classe Standard regionale				
Visite	A	10	B	Priorità della ricetta del S.S.N.
Prestazioni strumentali	A	10	B	
Visite	B	30	D	
Prestazioni strumentali	B	60	D	
Visite e prestazioni	C	180	P	
			U	Visite da effettuare in pronto soccorso

Per la visita e le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione, le classi di priorità ed i relativi tempi sono quelli indicati nel sopra riportato elenco.

Per quanto attiene l'area materno infantile, le aziende sono tenute a garantire ai propri assistiti il percorso previsto dal protocollo di gravidanza di cui al decreto ministeriale 6 marzo 1995. A tal fine si suggerisce di inserire l'utente, all'atto del primo contatto con la struttura erogatrice, in un percorso che preveda la programmazione e conseguentemente la prenotazione delle prestazioni previste dal protocollo stesso.

Prestazioni di ricovero

I tempi massimi di attesa per le prestazioni sotto riportate sono quelli previsti dalle classi di priorità A, B, C, così come definite con il decreto n. 8268 del 30 giugno 2006 e comunque precedentemente specificate in tab. 3.

Sono ricomprese anche le prestazioni che possono essere effettuate in regime ambulatoriale.

Area cardiovascolare*Prestazioni in ricovero ordinario*

Numero elenco Piano nazionale	Prestazione	Codice intervento	A	B	C
35	By pass aortocoronarico	36.10			

Prestazioni in ricovero ordinario/Day surgery

Numero elenco Piano nazionale	Prestazione	Codice intervento	A	B	C
36	Angioplastica coronaria (PTCA)	36.0			
37	Endoarteriectomia carotidea	38.12			
38	Coronarografia	88.51 - 81.52 - 81.53			

Area geriatrica*Prestazioni in ricovero ordinario*

Numero elenco Piano nazionale	Prestazione	Codice intervento	A	B	C
48	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53			

Prestazioni in day surgery/ambulatoriale

Numero elenco Piano nazionale	Prestazione	Codice intervento	A	B	C
49	Cataratta	13.4 - 13.7			

Area oncologica (paziente oncologico o con sospetta neoplasia e relativo percorso)*Prestazioni ambulatoriali*

Numero elenco Piano nazionale	Prestazione	Codice intervento
1	Visita oncologica	89.7
<i>Radiologia</i>		
3	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
<i>TC con o senza contrasto</i>		
4	Torace	87.41 - 87.41.1
5	Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
6	Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
7	Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
<i>Risonanza magnetica</i>		
8	Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
<i>Ecografia</i>		
10	Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
11	Mammella	88.73.2
<i>Esami specialistici</i>		
12	Colonscopia	45.23
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16

Prestazioni in ricovero ordinario

Numero elenco Piano nazionale	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	A	B	C
20	Interventi chirurgici tumore mammella	Categoria 85.2,85.3, 85.4	Categoria 174 - 233.0			
21	Interventi chirurgici tumore prostata	60.5	Categoria 185			
22	Interventi chirurgici tumori colon retto	45.7,45.8, 46.1,48.4, 48.5,48.6	Categorie 153 - 154			
23	Interventi ginecologici (per tumori dell'utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182			

Prestazioni in day hospital/ambulatoriale

24	Chemioterapia	99.25	V58.1			
----	---------------	-------	-------	--	--	--

I tempi massimi di attesa per le prestazioni sopra riportate sono articolati come segue:

— effettuazione, nel caso di sospetta neoplasia, della prima visita specialistica entro 10 giorni (classe A) e delle prestazioni diagnostiche sopra indicate entro 30 giorni, che decorrono dalla data di prenotazione;

— effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna: entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista;

— inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista.

Si richiamano, altresì, le specificazioni contenute al riguardo nel decreto n. 8268 del 30 giugno 2006.

Le aziende sanitarie e le aziende policlinico sono altresì tenute ad adottare per singola tipologia di neoplasia, percorsi che favoriscano la presa in carico del paziente riducendo ove necessario i tempi suddetti.

Allegato A

LINEE GUIDA PER LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE

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

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

— la regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, e seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti;

— tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione delle prestazioni devono essere autorizzati, previa comunicazione da parte del direttore sanitario del presidio o dal direttore del distretto, dal direttore sanitario aziendale, che deve mettere in atto le procedure organizzative tali da garantire comunque, entro tempi brevi, l'erogazione delle prestazioni sospese, facendo a tale fine eventualmente

ricorso a tutti gli strumenti contrattuali a disposizione ai sensi della regolamentazione vigente;

— la direzione aziendale deve informare la Regione di ogni sospensione avvenuta e dei provvedimenti adottati per garantire agli utenti l'erogazione delle prestazioni; tali informazioni dovranno essere inviate, nelle forme e nei termini che saranno successivamente indicati, al Ministero della salute;

— ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni:

— di quale prestazione si è sospesa l'erogazione (cosa è stato sospeso);

— dove;

— perché;

— per quanto tempo (da quando a quando);

— provvedimenti adottati per garantire agli utenti l'erogazione delle prestazioni.

Anche se l'erogazione delle prestazioni è stata interrotta, il servizio deve proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'azienda può fare, per i nuovi utenti, dei pre-appointamenti, ovvero indicare un periodo di massima nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione può essere successivamente comunicata dall'azienda, che contatta direttamente l'utente, oppure essere ottenuta dall'utente mediante una telefonata ad un numero indicato dall'azienda stessa, numero che dovrà essere con certezza disponibile in un determinato orario.

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

Allegato B

LINEE GUIDA PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI

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

La direzione aziendale deve definire una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero (agende di prenotazione dei ricoveri programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità dei presidi, dipartimenti o U.O.

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

Si sottolinea che il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa "ex-post" si basa sulla presenza nella SDO di due informazioni:

a) la data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione;

b) la classe di priorità del paziente.

Il primo campo era già stato in precedenza previsto (e già esistente in alcune regioni), mentre il secondo rappresenta una novità, per altro coerente con quanto deciso nell'accordo 11 luglio 2002 e nell'intesa 28 marzo 2006.

Contenuti e procedura

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

- 1.a) possono richiedere una prenotazione;
- 2.b) decidono l'inserimento nell'agenda di prenotazione;
- 3.c) inseriscono materialmente i dati;
- 4.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.

L'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 un'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.

E' 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 esse su supporto cartaceo od informatico, deve prevedere la possibilità dello svolgimento di questi controlli nel rispetto della normativa sulla privacy, ovvero rendendo verificabili i dati inerenti i criteri e le date di prenotazione, senza però rendere accessibili i dati di identificazione del paziente.

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

Allegato C**INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE**

Al fine di migliorare la qualità dell'informazione e della comunicazione sulla tematica dei tempi di attesa e del relativo sistema di governo si prevede, anche a livello regionale, la messa in atto di campagne di informazione con cadenza periodica.

Il piano attuativo aziendale deve prevedere:

1) le modalità e i tempi per attuare un'efficace e sistematica comunicazione e informazione ai cittadini circa l'organizzazione dell'assistenza ambulatoriale e ospedaliera, specie in relazione ai tempi di erogazione delle prestazioni: sistema dell'offerta e sua accessibilità, caratteristiche dei diversi regimi di erogazione, regole a tutela dell'equità e della trasparenza;

2) le modalità con le quali è assicurata la diffusione dell'elenco dei punti di erogazione pubblici e privati preaccreditati nei quali sono garantiti i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'elenco riportato nell'allegato A, parte integrante del presente provvedimento, nonché l'esplicitazione dei volumi di attività ambulatoriale messi a disposizione per tipologia di prestazione; a tal fine dovranno essere utilizzati tutti gli strumenti di comunicazione disponibili, ivi compresi le carte dei servizi e i siti web, e dovrà essere prevista la diffusione delle suddette informazioni anche presso

i luoghi di abituale accesso dei pazienti (es. farmacie, sedi dei distretti, ambulatori dei medici convenzionati ecc.). Le singole equipe potranno informare mensilmente l'utenza sui volumi di attività erogata.

L'informazione deve essere completa anche riguardo ai doveri che l'utente è tenuto a rispettare, in particolare nel:

3) dare, entro congruo tempo, la disdetta della prenotazione nel caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento; a tale fine devono essere rese note le modalità attivate per favorire la disdetta (numero verde, via telematica o altro) e deve essere precisato chiaramente che, in caso di mancata disdetta, l'utente è tenuto comunque al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, anche se esente; devono essere esplicitate altresì le misure che l'azienda porrà in essere per il recupero delle somme dovute;

4) ritirare il referto entro 30 giorni dall'effettuazione della prestazione specialistica o comunque entro 30 giorni dalla data prevista dall'azienda per la consegna dello stesso; al riguardo deve essere precisato che, in caso di mancato ritiro, l'utente sarà tenuto, anche se esente, al pagamento per intero della prestazione usufruita e devono essere esplicitate chiaramente le misure che l'azienda porrà in essere per il recupero delle somme dovute.

DOMANDA

Per quanto concerne gli adempimenti relativi al governo della domanda, la Regione siciliana, con i provvedimenti sopra citati, ha già identificato l'utilizzo delle "classi di priorità" come strategia fondamentale per la gestione delle liste d'attesa secondo principi di appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittivi.

Prestazioni ambulatoriali

Con il presente provvedimento si dispone che tutte le prestazioni ambulatoriali di cui al nomenclatore tariffario regionale (livelli essenziali di assistenza regionali) devono essere prescritte sempre con l'attribuzione della classe di priorità (A, B o C) e, conseguentemente, l'erogazione delle stesse deve essere garantita nei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe indicata.

Come prima attuazione del principio di cui sopra, i piani aziendali devono:

1) recepire i tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui all'allegato A, secondo quanto ivi indicato;

2) responsabilizzare, con decorrenza immediata, tutti i medici operanti nel proprio territorio all'attribuzione sistematica della classe di priorità all'atto della prescrizione sulla ricetta del servizio sanitario nazionale delle prestazioni ambulatoriali di cui al nomenclatore tariffario regionale (livelli essenziali di assistenza regionali), anche a prescindere dalla presenza di procedure operative esplicitate, nonché all'indicazione, nella ricetta stessa, della diagnosi o del sospetto diagnostico (ciò consentirà alle aziende unità sanitarie locali di effettuare verifiche a campione circa l'appropriatezza dell'attribuzione della classe di priorità);

3) mettere in atto, con decorrenza dall'1 gennaio 2008, l'utilizzo di sistemi di prenotazione che tengano conto delle classi di priorità, da parte di tutti gli erogatori, pubblici e privati preaccreditati;

4) prevedere le modalità per la verifica a campione del rispetto dei protocolli in tema di prioritizzazione nonché il numero e la tipologia dei processi prescrittivi soggetti a periodico controllo;

5) prevedere la sistematica rivalutazione dei percorsi diagnostico/terapeutici e delle specifiche cliniche per l'attribuzione della classe di priorità.

A tale proposito si dispone che, se la ricetta non contiene alcuna indicazione della classe di priorità assegnata o della diagnosi/sospetto diagnostico, la richiesta deve essere sempre considerata di classe C.

I tempi massimi di attesa, individuati nell'allegato A, sono riferiti alle "prime visite" e alle prime prestazioni diagnostico/terapeutiche, ovvero a quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono quindi escluse tutte le visite urgenti (classe U, nella ricetta), i controlli e le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente nonché le prestazioni di screening. Si richiama, altresì, la necessità di distinguere, nella prenotazione, tra "prime visite" e "controlli" mediante l'uso di liste separate di prenotazione.

Successivamente, nel corso del 2008, la Regione provvederà alla standardizzazione di protocolli e percorsi terapeutici prodotti dai gruppi integrati ospedali-territorio di ciascuna azienda sanitaria.

In particolare, fermo restando il già definito percorso oncologico, si prevede di definire le specifiche cliniche per l'attribuzione delle classi di priorità e i percorsi diagnostico-terapeutici relativi al paziente cardiopatico, neuropatico, broncopatico.

Il criterio che verrà utilizzato per la standardizzazione dei suddetti percorsi intende valorizzare la logica della presa in carico del paziente, il quale sarà esonerato dall'effettuazione della prenotazione delle diverse prestazioni oggetto del percorso, cui provvederà direttamente l'organizzazione aziendale.

OFFERTA

Ciascuna azienda è tenuta a garantire, per le prestazioni elencate nell'allegato A, il rispetto dei tempi massimi di attesa nei punti di erogazione specificamente dalla stessa individuati, esclusivamente nei confronti dei propri assistiti o di altre aziende comunemente afferenti allo stesso bacino di utenza (provinciale).

Ciò comporta che ciascuna Azienda provveda, dandone riscontro nel piano aziendale, a:

1) verificare l'entità del fabbisogno assistenziale locale. Per quanto concerne le prestazioni di ricovero deve essere sempre tenuto presente l'obiettivo regionale del tasso di ospedalizzazione, pari a 160 per mille abitanti, come indicato nel Piano di rientro. Per le prestazioni ambulatoriali, in attesa della definizione del numero ottimale di prestazioni per abitante, il fabbisogno aziendale deve essere determinato con particolare attenzione all'appropriatezza.

2) verificare la propria organizzazione dell'offerta tenendo conto della possibilità di effettuare specifici accordi con altre aziende unità sanitarie locali, con le aziende ospedaliere, con le aziende universitarie, con gli IRCSS, con erogatori privati accreditati. L'offerta delle aziende ospedaliere di 3° livello concorre al rispetto dei tempi di attesa degli assistiti delle aziende unità sanitarie locali di riferimento per le prestazioni di elevata complessità che non possono trovare adeguata risposta nel territorio provinciale;

3) esplicitare, per le prestazioni ambulatoriali di cui all'allegato A, i volumi settimanali/mensili che l'azienda mette a disposizione, distinti per tipologia e classe di priorità;

4) distinguere le prestazioni elencate nell'allegato A, tra:
— prestazioni di base, da garantire, necessariamente ai propri assistiti, nei tempi previsti, nell'ambito territoriale di competenza;
— prestazioni ad ampio bacino di utenza o di livello assistenziale di più elevata complessità, da garantire, nei tempi previsti, in ambito territoriale più vasto, anche sulla base di accordi con l'azienda ospedaliera, con gli IRCSS o con altre aziende territoriali della provincia; tali prestazioni devono essere garantite necessariamente ai propri assistiti nonché agli assistiti delle altre aziende afferenti al bacino di utenza cui gli eventuali accordi si riferiscono;

5) individuare gli ambiti territoriali e le strutture eroganti le prestazioni di cui all'allegato A, nelle quali l'azienda si impegna a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa; tali strutture devono essere equamente distribuite, tenendo conto dei volumi di richiesta e della facilità di accesso per l'utenza, e considerando l'intera rete di offerta (ospedali, distretti, erogatori privati preaccreditati ecc.);

6) indicare le procedure individuate dall'azienda in caso di superamento, per le prestazioni di cui all'allegato A, dei tempi massimi stabiliti presso le strutture specificamente individuate, in modo tale che la prestazione richiesta possa essere erogata all'utente nei tempi previsti, con prenotazione a carico dell'azienda e senza oneri per l'utente se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa. Al riguardo l'azienda può ricorrere all'acquisto di pacchetti di attività da personale dipendente secondo gli istituti previsti, da medici specialisti ambulatoriali interni, da erogatori privati accreditati, da altre aziende unità sanitarie locali o ospedaliere o ad altri tipi di accordi. Le procedure di cui sopra devono essere definite sentite le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e del comparto nonché i rappresentanti delle associazioni dei pazienti. Qualora l'utente non intenda fruire della prestazione in uno dei punti di erogazione individuati dalla propria azienda unità sanitaria locale, non potrà esigere il rispetto dei tempi massimi di attesa. In tale caso, nel rispetto del principio della libera scelta, la prestazione richiesta sarà comunque oggetto di prenotazione nella struttura indicata dall'utente secondo le disponibilità in essa esistenti;

7) definire il tempo di consegna dei referti delle visite o esami diagnostici e di laboratorio, anche diversificandolo per tipologia di prestazione.

Per quanto attiene l'offerta, i piani aziendali devono, inoltre, specificamente prevedere:

1) il divieto di sospensione delle prenotazioni per ciascun punto di erogazione (agende chiuse) e l'obbligo della tenuta del registro dei ricoveri ospedalieri; in quest'ultimo vanno riportate altresì le prestazioni di ricovero effettuabili anche in regime ambulatoriale. Tali disposizioni sono da ritenersi immediatamente operative, anche se non sono stati ancora definiti i criteri di applicazione delle sanzioni amministrative, da applicarsi, da parte delle regioni, ai sensi dell'art. 1, comma 284, della legge finanziaria anno 2005;

2) la possibilità di sospendere l'erogazione delle prestazioni solamente per motivi eccezionali e previa autorizzazione del dirigente medico di presidio o del direttore del distretto, secondo quanto previsto dalle "linee guida per la sospensione dell'erogazione" che si allegano al presente atto (allegato C) come parte integrante dello stesso;

3) l'obbligo della riscossione, a decorrere dalla pubblicazione del presente decreto, del ticket anticipatamente rispetto alla fruizione della prestazione, ai fini della puntuale applicazione di quanto disposto dall'art. 1, comma 1, del decreto legislativo n. 124 del 29 aprile 1998, secondo cui nell'ambito dei LEA "sono individuate le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa". L'obbligo di pagamento anticipato non si applica nei casi in cui non sia possibile procedere ad una preventiva quantificazione della tariffa complessiva e della conseguente quota di partecipazione alla spesa e nei casi in cui si rende necessaria, nel corso di una prestazione ambulatoriale, l'esecuzione di ulteriori accertamenti e/o prestazioni; in tale ipotesi il cittadino verrà invitato a regolarizzare successivamente il versamento, ma comunque sempre prima del ritiro del referto.

Cronoprogramma liste attese

N. fase	Descrizione attività	1	2	3	4	5	6
1	Trasmissione ad Assessorato della delibera di adozione del "Piano aziendale di contenimento delle liste di attesa" (art. 1 decreto)						
2	Verifica ed approvazione della delibera aziendale						
3	Attuazione al piano aziendale di contenimento delle liste di attesa						
4	Adozione direttive finalizzate alla revisione periodica delle modalità prescrittive delle prestazioni oggetto di monitoraggio						