

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

Parte seconda - N. 121

Spedizione in abbonamento postale - Filiale di Bologna
art. 2, comma 20/c - Legge 662/96

Euro 1,23

Anno 37

24 novembre 2006

N. 168

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 novembre 2006, n. 1532

Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa

DELIBERAZIONI REGIONALI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 novembre 2006, n. 1532

Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrando i livelli essenziali di assistenza sanitaria già definiti con DPCM del 29 novembre 2001 con apposite linee-guida, di cui alla lettera b) del suddetto accordo;
- il DPCM 16 aprile 2002 recante linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;
- l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002 con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sul documento di indicazioni per l'attuazione dell'accordo del 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
- l'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 23 marzo 2005, in attuazione dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, (repertorio atti n. 2271), pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;
- l'articolo 1, comma 279 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale stabilisce che lo Stato concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004 e, a tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di Euro per l'anno 2006;
- l'articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale subordina l'accesso al concorso delle somme di cui al suddetto comma 279, tra gli altri, alla stipula di una intesa tra Stato e Regioni che preveda la realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, da allegare alla medesima intesa e che contenga:
 - a) l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, per le quali sono fissati nel termine di novanta giorni dalla stipula dell'intesa, nel rispetto della normativa regionale in materia, i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni;
 - b) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle Regioni dei tempi di attesa di cui alla lettera a), si applicano direttamente i parametri temporali determinati, entro novanta giorni dalla stipula dell'intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
 - c) fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il recepimento, da parte delle Unità sanitarie locali, dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale in materia, nonché in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, per le prestazioni di cui all'elenco previsto dalla lettera a), con l'indicazione delle strutture pubbliche e private accreditate presso le quali tali tempi sono assicurati nonché delle misure previste in caso di superamento dei tempi stabi-

liti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente;

- d) la determinazione della quota minima delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano sanitario nazionale di riduzione delle liste di attesa, ivi compresa la realizzazione da parte delle regioni del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;
 - e) l'attivazione nel nuovo Sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
 - f) la previsione che, a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
 - l'articolo 1, comma 282 della suddetta Legge 266/05 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della Salute;
 - l'articolo 1, comma 283 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, che prevede l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità, di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale; che ha altresì affidato alla suddetta Commissione il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal successivo comma 284;
 - l'articolo 1, comma 284 della citata Legge 66/05 che ha stabilito le sanzioni amministrative, da applicarsi da parte delle Regioni e Province autonome, sulla base dei criteri fissati dalla citata Commissione nazionale, ai responsabili del divieto stabilito dal comma 282 del medesimo articolo 1 di "agende chiuse", nonché delle violazioni dell'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8 della Legge 23 dicembre 1994, n. 724, delle Aziende sanitarie locali, dei Presidi ospedalieri delle Aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri;
- considerato:
- che la soprarichiamata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 1 prevede che, per il triennio 2005-2007, le Regioni e le Province autonome assolvono agli adempimenti previsti dalla normativa vigente e agli altri adempimenti previsti dalla stessa intesa, tra cui è espressamente previsto il richiamo all'articolo 52, comma 4, lettera c), della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, che prevede iniziative in materia di liste di attesa, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento;
 - che la più volte richiamata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 9 ha previsto l'istituzione presso il Ministero della Salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo del-

le risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;

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

vista l'Intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, che stabilisce che le regioni adottino, entro novanta giorni dall'adozione della suddetta intesa, un Piano regionale attuativo che garantisca i seguenti aspetti:

- Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso;
 - razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività socio-sanitarie;
 - gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni e che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, di individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione;
 - garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva;
 - velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio;
 - utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione;
- considerato, inoltre, che:
- il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, incaricato di valutare i piani attuativi regionali, non ha ancora emanato le specifiche linee guida, alle quali sarà necessario rendere coerenti gli interventi delle Regioni;
 - gli standard nazionali, di cui all'articolo 1, comma 169, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, non sono ancora stati definiti;
 - il Piano nazionale attribuisce alle Regioni la facoltà di stabilire ed applicare i propri criteri di priorità, ma mancano le linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni e delle forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni, non ancora predisposte dalla Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni;
 - non si possono stabilire le sanzioni amministrative, di cui all'articolo 1, comma 284 della Legge 266/05, da applicarsi da parte delle Regioni e Province autonome ai responsabili della sospensione dell'attività di prenotazione delle prestazioni, nonché delle violazioni dell'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8 della Legge 23 dicembre 1994, n. 724, per le Aziende sanitarie locali, per i Presidi ospedalieri delle Aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri, poiché non sono stati definiti i criteri dalla anzidetta Commissione nazionale;

- il Piano nazionale prevede che, per le prestazioni individuate, ogni Azienda sanitaria indichi le strutture presso le quali si garantisce al cittadino l'accesso entro i tempi massimi indicati dalla Regione, senza indicare quali caratteristiche debbano avere tali strutture;
 - il Piano nazionale prevede il monitoraggio di prestazioni che presuppongono la conoscenza della diagnosi; attualmente, però, dai flussi informativi non può essere rilevato il sospetto diagnostico;
- visti:
- il piano Sanitario regionale 1999-2001;
 - la propria deliberazione 1296/98 ad oggetto "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo. Indicazioni in ordine all'applicazione del X e XII comma dell'art. 3 DLgs 124/98";
 - la propria deliberazione 2142/00 ad oggetto "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali";
 - la propria deliberazione 54/02 ad oggetto "Attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario nazionale. Direttiva alle aziende";
 - la propria deliberazione 293/05 ad oggetto "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno";
 - la circolare n. 1/2006 del Direttore generale Sanità e Politiche sociali ad oggetto "Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. (Flusso dei tempi di attesa)";
 - la propria deliberazione 1051/06 "Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2006", con la quale vengono accantonati 34,453 milioni di Euro per far fronte a diverse esigenze quali, tra gli altri, il sostegno finanziario al Piano regionale per il contenimento delle liste di attesa;

ritenuto, rispetto a tale accantonamento di destinare la somma di Euro 10.600.000,00 per il perseguimento degli obiettivi del presente piano, comprese le attività della rete regionale dei CUP, da ripartirsi tra le Aziende USL come da tabella allegata;

dato atto, ai sensi della L.R. 43/01 e della delibera di Giunta regionale n. 447 del 24 marzo 2003 del parere favorevole di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale Sanità e Politiche sociali dott. Leonida Grisendi;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute

a voti unanimi e palesi, delibera:

- di adottare il Piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa con relativo Allegato n. 1, di cui agli allegati documenti, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di disporre che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o l'IRCCS di riferimento, predispongano in via preliminare il proprio Programma attuativo aziendale entro dicembre 2006, da sottoporre al parere dei rispettivi Comitati di Distretto e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria;
- di sostenere il Piano regionale, comprese le attività della rete regionale dei CUP destinando, come indicato in premessa, la somma di Euro 10.600.000,00 da ripartirsi tra le Aziende USL come da tabella allegata;
- di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione.

(segue allegato fotografato)

RIPARTO DI FINANZIAMENTO DEL PIANO REGIONALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

AZIENDA USL	Coeff. assorbim. totale LEA	Riparto
Piacenza	6,889	730.189
Parma	10,183	1.079.451
Reggio Emilia	11,341	1.202.159
Modena	15,270	1.618.632
Bologna	20,106	2.131.217
Imola	2,991	317.062
Ferrara	8,878	941.037
Ravenna	8,987	952.631
Forlì	4,403	466.680
Cesena	4,435	470.080
Rimini	6,518	690.864
TOTALE REGIONE	100,00	10.600.000

PIANO REGIONALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Il presente Piano regionale stabilisce indicazioni per:

- il sistema delle garanzie per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale
- il tempo massimo di attesa (TMA) per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, tra quelle elencate nel punto 3 dell'Intesa Stato – Regioni e gli ambiti di erogazione delle stesse
- le misure da prevedere nel caso di superamento dei TMA
- la predisposizione dei Programmi attuativi aziendali, comprese le modalità di informazione e coinvolgimento dei cittadini
- la regolamentazione dell'eventuale sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni per situazioni di forza maggiore
- la gestione delle liste di attesa, con gestione in maniera distinta di prime visite e controlli
- l'evoluzione della rete regionale CUP
- l'evoluzione della Rete integrata ospedale-territorio del piano telematico regionale
- il monitoraggio dei TMA
- le fasi di attuazione per le aziende sanitarie
- le agende di prenotazione dei ricoveri
- le prestazioni di ricovero ospedaliero per i quali va determinato il TMA
- le prestazioni ospedaliere per le quali va attivato il monitoraggio regionale con il coordinamento della ASSR

Indice

LINEE DI INDIRIZZO PER IL GOVERNO E LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PER L'ADOZIONE DEI PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Premessa

Importanza delle liste d'attesa

Legittimazione del sistema

Garanzia di assistenza

Il contesto di riferimento nella Regione Emilia Romagna

Il problema dei contenimento dei tempi di attesa nel Piano Nazionale 2006-2008

Il sistema delle garanzie

Rapporti con i cittadini e loro rappresentanze

Sistema per la gestione delle liste d'attesa ambulatoriali

Obiettivi generali

Sistematizzazione delle azioni per la gestione delle liste d'attesa

Responsabilizzazione professionale secondo H&S

Formulazione del piano di produzione

Gestione del piano di produzione

Gestione dell'offerta attraverso il sistema CUP

Modalità di funzionamento

Lo sviluppo del sistema: il piano telematico regionale

Gli aspetti legati al monitoraggio/controllo.

LINEE DI INDIRIZZO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI OSPEDALIERI

Agende di Prenotazione dei Ricoveri

Prestazioni di ricovero ospedaliero per le quali va determinato il tempo d'attesa

Prestazioni per le quali va attivato il monitoraggio regionale con il coordinamento della ASSR

Progetto "Mattone Tempi d'Attesa" e classi di priorità

L'inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) di due nuovi campi: data di

prenotazione e classe di priorità

LIBERA PROFESSIONE

TEMPI E FASI DI ATTUAZIONE

ALLEGATO 1

LINEE DI INDIRIZZO PER IL GOVERNO E LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PER L'ADOZIONE DEI PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Premessa

La gestione delle liste d'attesa costituisce uno dei problemi più persistenti dei servizi sanitari in generale. Essa è fortemente connessa alla più generale gestione dell'erogazione dei servizi sanitari, e risente dei provvedimenti e delle azioni condotte per tale gestione. Una politica settoriale sulle liste d'attesa non può dare soluzioni a questo problema, tanto che la regione Emilia-Romagna ha inquadrato questa problematica nella più complessiva riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, con alcuni elementi caratterizzanti:

1. **Produzione:** la Regione Emilia-Romagna ha storicamente assicurato, assieme ad altre regioni del nord, una consistente quota di attività specialistica ambulatoriale attraverso il personale ospedaliero, remunerato con incentivazioni alla produttività che per lungo tempo si sono tradotte in orario aggiuntivo
2. **Accesso:** Nel corso degli ultimi 20 anni, a partire dalla direttiva regionale n. 9/1991, è stata dedicata un'attenzione elevata ai meccanismi di accesso, modificando a volte con provvedimenti regionali, a volte con aggiustamenti locali, i privilegi di "ordine" delle prestazioni specialistiche. Tali provvedimenti, di cui l'ultimo tentativo, il più organico, è quello rappresentato dalla DGR. N. 2142/2000, hanno cercato di trovare un equilibrio tra le opposte esigenze di una sburocrazia delle modalità d'accesso, della conservazione della titolarità della gestione clinica del caso al Medico di Medicina Generale, della responsabilizzazione sulla consulenza del medico specialista. Essi sono altresì stati caratterizzati, dal punto di vista dell'iniziativa, da un'impostazione inizialmente dispositiva, alla ricerca di una convergenza dei vari produttori su impostazioni condivise. Le modalità automatiche di prenotazione rese possibili dallo sviluppo delle "nuove" tecnologie sono state sfruttate precocemente nella regione Emilia Romagna, ma hanno avuto paradossalmente una penetrazione non uniforme in tutte le realtà e non sono state appieno sfruttate, soprattutto per essere state pensate come apposizione alle modalità organizzative precedenti, per non essere state integrate nelle modalità più generali di produzione e con gli altri sistemi automatici di gestione dell'informazione sanitaria.
3. **Appropriatezza:** Infine la diffusione di linee guida concernenti l'appropriatezza di esecuzione di indagini diagnostiche, pur tra diffusi scetticismi e resistenze, ha dimostrato in alcuni campi potenzialità rimarchevoli che tuttavia non sono state assunte a sistema, anche per l'impossibilità intrinseca di generalizzazione (non tutti i campi della specialistica ambulatoriale soggetta a forte pressione dispongono di evidenze che consentano la prioritizzazione operativa delle richieste, non tutte le discipline interessate si sono mostrate ugualmente ricettive nell'adozione delle linee guida e nell'operativizzazione del controllo).

Tali esperienze hanno probabilmente prodotto tutto quel che potevano, intese come azioni isolate. È necessario che ciò che si è imparato sui buoni risultati delle organizzazioni inclusive (quelle che sfruttano l'integrazione di servizi o di pezzi di essi in servizi di ordine superiore) sia assunto anche riguardo alle strategie. Il presente documento intende perciò delineare una politica per la gestione delle liste d'attesa che prenda in considerazione anche le altre politiche adottate dal Servizio Sanitario Regionale in altri aspetti della gestione, riconoscendo che una gestione soddisfacente dell'assistenza specialistica ambulatoriale è quella che la inserisce nel più generale quadro dell'assistenza sanitaria diagnostico-terapeutica, e testando adeguatamente le politiche e le azioni adottate in diversi campi in modo da verificare che i loro effetti vadano nella direzione desiderata e rinforzino gli effetti dei provvedimenti specifici adottati.

Importanza delle liste d'attesa

Le modificazioni intervenute nel corso degli ultimi decenni nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria fanno sì che il ritardo nell'accesso all'assistenza ambulatoriale non significhi semplicemente il fallimento nella garanzia di uno dei livelli di assistenza, ma il fallimento nell'accesso tempestivo all'assistenza sanitaria, almeno per quel che riguarda la sua componente diagnostico-terapeutica.

Infatti sia lo sviluppo tecnologico, sia la diffusione delle convinzioni relative all'opportunità di fornire prestazioni diagnostico-terapeutiche che non necessitino di alta protezione clinico-assistenziale in modo non invasivo rispetto alla normale conduzione della vita del paziente (convinzioni che sul versante dell'utente tendono a esaltare le caratteristiche di "responsiveness" del sistema: rispetto della dignità del paziente, giudizio negativo su un'organizzazione dei servizi di diagnosi e cura che assume il tempo di vita del paziente come tempo "a disposizione" dell'organizzazione – e che sul versante del sistema sanitario tende a riservare le competenze sempre più specialistiche presenti in ospedale per procedure ad alto rischio) concorrono a rendere il livello di assistenza ambulatoriale come quello che rappresenta l'accesso alla diagnostica e alla terapia più sofisticata.

Le conseguenze:

Un'attesa eccessivamente lunga può nuocere allo stato di salute. È vero che l'attesa per ottenere una prestazione può trasformarsi in opportunità per il paziente. In molti casi l'attesa e la sorveglianza dello stato di salute rappresenta la migliore soluzione perché il problema si risolve naturalmente. In alcuni casi l'intervento è inappropriatamente prescritto. Ad esempio, è dimostrato che una percentuale importante dei pazienti che dovevano subire un intervento di cataratta hanno ottenuto risultati elevati ai test di acuità visiva prima di essere sottoposti ad intervento, ovvero le indicazioni soglia erano molto basse. Tuttavia, è altrettanto vero che tutto dipende dai sintomi e dalla capacità funzionale della persona in attesa. Infatti, vi sono situazioni nelle quali il bisogno di una prestazione medico – specialistica diventa più chiara e pressante e dove l'attesa si traduce in aggravamento dello stato di salute e in consumo di risorse maggiore o più intense.

Detto altrimenti, fa parte della normalità attendere per ricevere cure non urgenti ma c'è una soglia oltre la quale l'attesa diventa eccessiva e può nuocere allo stato di salute e al benessere della persona. Ad esempio, nella cataratta come nell'artroprotesi dell'anca l'attesa non compromette la vita, ma una cattiva acuità visiva può causare incidenti che possono essere invalidanti e l'infiammazione articolare può avere conseguenze sulla struttura articolare e sul suo funzionamento, comportando anche importanti ripercussioni di tipo economico (spese sanitarie prima e dopo la prestazione, specie se di tipo chirurgico, per controllare lo stato del paziente in attesa, la perdita del reddito individuale o l'aumento della spesa pubblica a sostegno del reddito, la perdita di capacità nella società,.....). Inoltre, il deterioramento dello stato di salute di una persona in attesa a lungo termine può appesantire il bisogno in cure.

Legittimazione del sistema

Come già rilevato, l'accesso a prestazioni specialistiche di prima istanza, come una visita specialistica o prestazioni diagnostico strumentali a medio – bassa invasività e necessitanti per un adeguato inquadramento diagnostico, nel caso dei bisogni con carattere di non urgenza rappresentano la porta d'ingresso per trattamenti diagnostico – terapeutici, medici o chirurgici, di seconda istanza.

Ora, poiché i tempi di attesa non sono omogeneamente ed equamente distribuiti, sia in termini territoriali sia in termini sociali, tale disparità pone evidenti problemi di equità dei cittadini di fronte ai servizi sanitari. L'inequità di accesso alle prestazioni specialistiche di prima istanza si trasmette a quelle di istanza successiva. In un sistema in cui è difficile trovare un consenso sufficientemente diffuso sui criteri di prioritizzazione dell'accesso che siano coerenti con la gravità del bisogno sanitario, con un'offerta pubblica

allargata caratterizzata da lunga attesa a cui si affianca un'offerta specialistica a pagamento ugualmente abilitata, seppur indirettamente, ad attivare l'entrata a prestazioni specialistiche di seconda istanza, l'iniquità potenziale si amplifica. Non può e non deve stupire quindi il fatto che la lunghezza delle liste di attesa sia percepita dalla popolazione come il principale ostacolo all'accesso ai servizi sanitari, un ostacolo che arriva a compromettere il grado di attaccamento al SSN fino a proporre forme più o meno parziali di suo superamento. L'accesso in tempo adeguato è sempre più percepito come un diritto, nello spirito pubblico se non nella legge. Attese eccessive minano la fiducia nel sistema pubblico.

Garanzia di assistenza

Come si diceva in premessa, le politiche messe in atto dalla Regione Emilia-Romagna hanno consentito di raggiungere performances positive in alcune aree dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Tra queste la diffusa garanzia sostanziale di accesso alle prestazioni prioritarie e un'attesa che si esaurisce nel giro di poche settimane per la maggior parte delle prestazioni prioritarie. Tuttavia persiste una parte non residuale di attese che si protraggono ben oltre i tempi massimi. Spesso le peggiori performances in questo senso sono accompagnate e amplificate da limiti organizzativi che ancora caratterizzano il sistema.

È ad esempio un limite organizzativo quello che non distingue tra "prime visite" e "controlli": in questo modo sottostima le potenzialità delle risorse già allocate e in strada inappropriatamente servizi diversi nella stessa attesa. Lo stesso sistema di gestione delle attese non sempre disegna i suoi percorsi in modo che abbiano il numero minimo di tappe possibile, dal momento che ognuna di queste è suscettibile di generare attesa.

Neanche è sufficientemente descritta l'individuazione delle responsabilità da associare alle attese relative alle diverse tappe, frequentemente "delegata" al paziente che funge da trait d'union delle stesse. Gli attori principali, i medici di medicina generale e gli specialisti, funzionano in modo ancora troppo indipendente e il governo dei "percorsi" specialistici è ancora insufficiente. La cultura di gestione è ancora troppo poco attenta al grado di reattività del sistema che impedisce un'azione sufficientemente rapida e continua in caso di allungamento eccessivo delle attese.

Tali limiti organizzativi sono destinati a rendere in futuro meno performante il sistema: esso è infatti un sistema a finanziamento pubblico a capacità limitata, sottoposto ad una rapida espansione della domanda soprattutto conseguente ai progressi della tecnologia e all'aumento delle aspettative della popolazione, con una molteplicità di richiedenti che cercano simultaneamente di accaparrarsi le risorse in un contesto di conoscenza generale influenzato da informazioni parziali e spesso fuorvianti.

Per questo è necessario che la garanzia dell'assistenza specialistica ambulatoriale venga assunta come garanzia specifica dell'accesso alla diagnosi e alla cura, sviluppando un nuovo punto di vista, una base comune di riflessione che metta insieme i diversi approcci degli attori coinvolti: quello dei pazienti, che giudicano l'attesa più o meno accettabile in funzione del loro personale vissuto e che devono sopportare le conseguenze dell'attesa, che si attendono di aver accesso a servizi sanitari, fondati sulle conoscenze più recenti e prodotti secondo norme di elevata qualità, nel momento in cui ne hanno bisogno e di vedersi applicare trattamenti e servizi che gli permettano di recuperare e mantenere una salute e una qualità di vita adeguate; quello dei professionisti della salute che valutano l'attesa opportuna essenzialmente in funzione della loro esperienza e che solo in alcuni casi sono in condizione di raggiungere un consenso sulle soglie di gravità e sui relativi tempi in cui sarebbe opportuno somministrare il trattamento al fine di evitare conseguenze indesiderate; quello degli amministratori e dei gestori che devono perseguire la migliore allocazione delle risorse e contenere la crescita dei costi e che, in un contesto dove lo scarto tra le risorse necessarie e quelle disponibili è ampio, sono forzatamente spinti ad orientare le risorse verso l'urgenza. Un nuovo punto di vista che non trascuri la nozione che una soglia troppo bassa, ovvero l'esclusiva rincorsa della domanda, può determinare l'inversione del rapporto tra rischi e benefici delle cure e delle prestazioni.

Negli ultimi anni anche nella Regione Emilia Romagna, nell'ambito del livello di assistenza distrettuale, l'assistenza specialistica ambulatoriale ha assunto una dimensione sempre più consistente dal punto di vista sia quantitativo sia qualitativo.

Il fenomeno è confermato dalla valutazione comparativa relativa ai costi dei vari livelli di assistenza rilevati dalla contabilità analitica: per il 2001 il confronto con altre regioni effettuato nell'ambito del "tavolo nazionale di monitoraggio sui LEA" ha stimato il costo dell'assistenza specialistica erogata nella Regione Emilia-Romagna pari al 14,9 % del totale, a fronte di una media nazionale del 11,8%, mentre l'assistenza ospedaliera ha assorbito il 43,8 %, rispetto al 48,0 % nazionale. Il dato si conferma per il 2002, con il 16,2% dei costi totali registrati per l'assistenza specialistica in Emilia Romagna, mentre il dato nazionale è del 12,9%ⁱ.

Questa tendenza è in linea con la più complessiva evoluzione dei sistemi sanitari, come emerge da studi quale quello pubblicato nel 2003 sull'American Journal of managed care nel quale si evidenzia come negli USA, tra il 1980 ed il 2000, la percentuale di attività chirurgica svolta senza ricovero ospedaliero sia passata da meno del 20% a più del 60 % del totale, mentre nel 1999 il 15% dell'intero ammontare delle spese per la sanità negli USA ha riguardato "outpatient services". Sempre secondo questo studio nel ventennio dal 1981 al 2000, nelle strutture ospedaliere, le spese per i ricoveri sono aumentate del 172% e quelle invece dedicate agli outpatients sono aumentate del 922%.

Nella regione Emilia Romagna la conversione di attività dal ricovero ospedaliero all'assistenza specialistica ambulatoriale comporta un trasferimento progressivo di risorse dalle strutture di ricovero a quelle dedicate agli utenti non ricoverati e, all'interno delle strutture di produzione, verso le attività ambulatoriali.

L'evoluzione del SSR ha imposto la necessità di approfondire una serie di aspetti relativi in particolare a fenomeni di carattere culturale, tecnico-professionale, organizzativo e di condivisione delle implicazioni conseguenti da parte dei cittadini e delle loro rappresentanze tra cui:

- valutazione dei prodotti finali (sia output che outcome) in termini di appropriatezza
- necessità di comportamento uniforme nelle varie Aziende USL (programmazione e committenza)
- necessità di stimolo a risposte produttive conformi (da aziende ospedaliere e da strutture private)
- programmazione della dotazione di strutture dei vari territori
- valutazione sistematica dei requisiti qualitativi delle strutture ambulatoriali attraverso il meccanismo dell'accreditamento
- necessità di un sistema costante di aggiornamento dei nomenclatori tariffari
- organizzazione dei flussi di dati utili al monitoraggio, anche relativamente agli aspetti economici.

Il contesto di riferimento nella Regione Emilia Romagna

La regione Emilia Romagna è intervenuta in materia di assistenza specialistica ambulatoriale con una serie di provvedimenti e di azioni successive, tesi a definire caratteristiche, strumenti di analisi e indicatori di un settore, inserito nel più generale quadro dell'assistenza sanitaria diagnostico-terapeutica, che si configura sempre più come servizio strutturato, con meccanismi di accesso semplificati. La finalità è quella di assicurare percorsi assistenziali qualificati e la gestione clinica complessiva del paziente fino al rinvio al medico di medicina generale.

ⁱ Monitor , Bimestrale dell'ASSR n. 10 ; 2004

Le *strutture organizzative dedicate* (Centro Servizi Ambulatoriale, Punti Di Accoglienza), individuate già con la DGR 1296/1998, hanno tra l'altro operato, in questi anni, per costruire percorsi organizzativi tesi al superamento della frammentazione nell'erogazione delle prestazioni e alla trasparenza delle modalità di accesso nei confronti dei cittadini.

La DGR 2142/2000 ratifica un accordo specifico tra le rappresentanze sindacali mediche, finalizzato a ridurre il numero di accessi necessari al cittadino per fare le indagini specialistiche e a concordare procedure per la presa in carico da parte della struttura ambulatoriale di pazienti con problemi clinici complessi.

Con questa intesa è stato riconosciuto il ruolo centrale dello specialista ospedaliero e distrettuale nell'ambito della gestione dei percorsi attivati dal MMG e sono stati concordati strumenti funzionali al processo di *semplificazione dell'accesso* (modello di richiesta/referto ad uso dello specialista per gestire totalmente il percorso ambulatoriale del paziente fino al rinvio al MMG), alla realizzazione del modello organizzativo del *day service ambulatoriale* e alla gestione da parte del MMG del *follow-up* dei propri pazienti cronici secondo programmi definiti e condivisi con la struttura specialistica.

I criteri per valutare il fabbisogno e per il *processo di pianificazione* dell'assistenza specialistica ambulatoriale, infine, sono stati indicati nel "Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia Romagna"ⁱⁱⁱ, dopo un percorso di analisi e di confronto con le aziende sanitarie. Tali criteri sono stati utilizzati per predisporre i *Programmi distrettuali e aziendali* del settore, approvati poi dai Comitati di distretto e dalle Conferenze sanitarie e sociali territoriali, secondo le indicazioni contenute nella DGR n. 293/2005 "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno".

Per la valutazione del fabbisogno è stato indicato il confronto della dotazione di strutture e degli indici di consumo per ciascun distretto, comprensivi della mobilità, con quelli di un'area di normalità rappresentata dal 50% dei distretti della regione. Questa valutazione è stata fatta anche per una selezione di *prestazioni* definite "*di base*", risultate essere tra quelle a più larga diffusione, rappresentative degli esami utilizzati nella definizione diagnostica e/o nei trattamenti delle affezioni più comuni ed erogabili pertanto a livello distrettuale.

Il problema delle *liste di attesa* è stato affrontato in maniera organica fin dalla direttiva 1296/1998 e in provvedimenti successivi, nel contesto della progressiva riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'istituzione dello specifico flusso informativo (flusso ASA), con indicazioni precise per la loro corretta gestione e per il monitoraggio dei tempi di attesa, compreso il superamento della chiusura periodica delle prenotazioni; il raggiungimento degli standard di 30 e 60 giorni per le visite e per le prestazioni diagnostiche programmabili, di primo accesso, e quello di 7 giorni per le prestazioni ambulatoriali urgenti è stato obiettivo specifico dei direttori generali delle aziende sanitarie fin dal 1999.

Il monitoraggio del tempo di attesa, prospettico ed effettivo, ha richiesto la costruzione di un linguaggio comune e di specifici indicatori, presentati in maniera sistematica nella recente circolare regionale n. 1/2006, anche alla luce dell'esperienza condotta nella sperimentazione nazionale di cui all'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002.

Al fine di favorire una ricostruzione più puntuale dei provvedimenti succedutisi nel tempo riguardanti l'assistenza specialistica ambulatoriale, e gli strumenti di governo del settore, si è ritenuto opportuno procedere all'elaborazione di una sintesi riguardante ciascuna delle tematiche più rilevanti concernenti l'argomento, che viene allegata alla presente direttiva (**allegato n. 1**).

ⁱⁱⁱ Collana Dossier dell'Agenzia Sanitaria Regionale n. 101 – 2004
<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.htm>

Il problema dei contenimento dei tempi di attesa nel Piano Nazionale 2006-2008

L'intesa Stato Regioni sul Piano Nazionale 2006-2008 di contenimento dei tempi di attesa individua un elenco di prestazioni, da rivedere annualmente, per le quali le Regioni fissano il Tempo Massimo di Attesa (TMA).

In fase di prima applicazione le indicazioni del Piano nazionale vanno messe in atto per le seguenti prestazioni, suddivise per aree critiche di bisogno assistenziale e in prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale:

A. Area Oncologica

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>
1	Visita oncologica		89.7
2	<i>Visita radioterapica pretrattamento (*)</i>		89.03
<i>Radiologia</i>			
3	<i>Mammografia (no screening)(*)</i>	87.37	87.37.1 - 87.37.2
<i>TC con o senza contrasto</i>			
4	Torace	87.41	87.41 - 87.41.1
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 - 88.01.1
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 - 88.01.3
7	Addome completo	88.01	88.01.6 - 88.01.5
<i>Risonanza Magnetica</i>			
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5
<i>Ecografia</i>			
10	Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
11	Mammella	88.73	88.73.2
<i>Esami Specialistici</i>			
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 - 45.16
15	Broncoscopia	33.23	33.22
16	Colposcopia	70.21	70.21
17	Cistoscopia	57.32	57.32
18	Biopsia transperineale o transrettale della prostata (agobiopsia ecoguidata)		60.11.1
19	<i>Sessione di radioterapia (*)</i>	V58.0	92.24.1 - 92.24.2 92.24.3 - 92.24.4 92.25.1 - 92.25.2

B. Area Cardiovascolare

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>
25	Visita cardiologica	89.7	89.7
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7
<i>Ecografia</i>			
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2
<i>Esami Specialistici</i>			
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50
<i>Riabilitazione</i>			
34	<i>Cardiologica (*)</i>	93.36	93.36

C. Area Materno Infantile

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26
<i>Ecografia</i>			
40	<i>Ostetrica – Ginecologica (*)</i>	88.78 -88.79	88.78 – 88.78.2

D. Area Geriatrica

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

E. Visite specialistiche di maggior impatto

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

Il Piano nazionale specifica che sono da intendersi **non incluse** le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, erogate nei programmi di screening oncologico; inoltre comprende altre prestazioni per le quali l'inserimento nei programmi attuativi aziendali viene rinviato alla conclusione di un'attività di monitoraggio, che avrà la durata del Piano stesso, coordinato a livello nazionale dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) e finalizzato a valutare la variabilità dei tassi di accesso e a rilevare le criticità del sistema dell'offerta.

Indicazioni in materia saranno fornite con successive determinazioni del Direttore generale Sanità e Politiche sociali, sulla base di quanto verrà definito a livello nazionale.

Il presente Piano regionale affronta pertanto il tema del TMA per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sopra elencate, in maggioranza riferibili a prestazioni di primo accesso.

Fanno eccezione le **prestazioni contrassegnate da asterisco** (visita radioterapica pretrattamento, sessione di radioterapia, riabilitazione cardiologica, mammografia fuori screening, ecografia ostetrica – ginecologica) che, in quanto erogate invece all'interno di specifici percorsi terapeutici o diagnostici o, per l'ecografia ostetrico-ginecologica, nell'ambito del percorso nascita, rendono necessario individuare gli specifici TMA all'interno delle diverse fasi del percorso stesso.

Il sistema delle garanzie

In assenza di criteri clinici di priorità non è possibile individuare tipologie di pazienti cui garantire il rispetto del TMA per le diverse aree critiche, senza determinare sperequazioni nei confronti degli altri utenti. Anche le prestazioni dell'area geriatrica non hanno una peculiarità tale da permettere di limitare il rispetto del TMA solo per gli assistiti con età superiore a 75 anni.

Gli standard di riferimento, riferiti alle prestazioni di primo accesso, sono confermati in 30 giorni per le visite e 60 giorni per la diagnostica.

Relativamente all'accesso per le **prestazioni riconducibili a percorsi terapeutici** (visita radioterapica pretrattamento, sessione di radioterapia, riabilitazione cardiologia) o diagnostici (mammografia, ecografia ostetrico- ginecologica) per le quali ugualmente va definito il TMA, va evidenziato che nel contesto regionale già diverse aziende sanitarie hanno provveduto all'individuazione di specifici percorsi di accesso, caratterizzati dalla suddivisione del **percorso assistenziali in tappe differenziate**, ognuna delle quali comporta la definizione di un distinto TMA. Si tratta perciò, attraverso gruppi di lavoro che saranno attivati entro il mese di novembre 2006, di fare riferimento alle esperienze già in atto per concordare e adottare, a livello regionale, **criteri e tempi di accesso omogenei.**

Analogo metodo sarà seguito per fissare il TMA dell'**intervento per cataratta**, inserito nel Piano nazionale all'interno dell'area geriatrica come prestazione di day surgery ma in effetti erogato, con codice di prestazione 134101, come prestazione di chirurgia ambulatoriale in attuazione dell'allegato 2C del DPCM sui livelli essenziali di assistenza, che esplicitamente indica tale intervento come trattabile più appropriatamente a livello ambulatoriale.

E' evidente che i **Programmi attuativi aziendali**, *predisposti dalle Aziende Unità Sanitarie Locali in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o con l'IRCCS di riferimento*, dovranno procedere alla specificazione delle strutture nell'ambito delle quali i TMA sono garantiti. Poiché l'organizzazione regionale indica i distretti come gli ambiti di erogazione della specialistica ambulatoriale e la rilevazione attuale dei tempi di attesa è coerente con questa impostazione, i programmi dovranno indicare quali sono le prestazioni di base per le quali il TMA deve essere rispettato a *livello distrettuale* e quali invece le altre prestazioni, ad erogazione sovra distrettuale, per le quali il TMA è da garantirsi in *ambito aziendale*. Per definire le prestazioni di base si farà riferimento alla selezione di prestazioni per l'autosufficienza distrettuale già utilizzata ai fini della predisposizione dei *Programmi distrettuali e aziendali* della specialistica ambulatoriale.

Sarà pertanto necessario che tutte le diverse tipologie di strutture specialistiche, distrettuali ed ospedaliere operanti sul territorio di riferimento, compreso il privato accreditato, siano impegnate per il rispetto del TMA, salvo eventuali percorsi specifici per prestazioni di "alta specialità" o in sedi di eccellenza, per le quali dovranno essere comunque rese note le modalità di accesso.

Al **cittadino**, al momento della prenotazione di prestazioni di specialistica individuate come "di base" verrà prospettato il T.A. delle strutture, distrettuali ed ospedaliere, che erogano tale prestazione nell'ambito del distretto (o eventuale altro ambito sub-aziendale individuato). Per le altre prestazioni, invece, la prenotazione verrà offerta nell'ambito delle strutture aziendali.

Il superamento dei tempi stabiliti comporta l'invio del cittadino a sedi preindividuate, presso le quali effettuare la prestazione richiesta (libera professione per conto dell'azienda o privati accreditati). Naturalmente, nel caso l'utente preferisca rivolgersi ad una struttura diversa da quella prospettata, anche se con T.A. maggiore e oltre il TMA, il vincolo del rispetto del TMA non si applica.

Si ritiene utile sottolineare che rimangono invariate le indicazioni per le **urgenze differibili**, da garantire, secondo le modalità già collaudate dalle aziende, entro lo standard di **7 giorni** (v. punto E dell'allegato).

Rapporti con i cittadini e loro rappresentanze

Capitolo particolarmente rilevante del Programma attuativo aziendale è certamente quello dedicato all'instaurazione di un rapporto stabile con i cittadini e le loro rappresentanze, finalizzato non solo a fornire un'informazione corretta sulle scelte adottate dalle aziende sanitarie nei programmi attuativi, ma soprattutto ad instaurare un rapporto che nel tempo renda possibile un colloquio sistematico sull'andamento dei fenomeni connessi alla organizzazione dell'ambulatoriale, specie in relazione al rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni.

Un aspetto particolarmente delicato riguarda il tema dell'accessibilità alle diverse sedi di erogazione, in termini anche di tempi di percorrenza e di disponibilità di mezzi pubblici, in particolare se riferite a fasce di popolazione svantaggiate quali pazienti cronici con disabilità e anziani.

E' evidente come in tale contesto il tema della specialistica ambulatoriale debba essere affrontato in termini complessivi, *precisando gli impegni del SSR* che non sono riferiti solo al contenimento dei *tempi di attesa* per le prestazioni di primo accesso, ma anche alla *presa in carico* del paziente cronico per i controlli periodici o il follow up. In questo caso, infatti, il diritto esigibile da parte del cittadino non è il rispetto del TMA, ma è invece la garanzia del rispetto della cadenza programmata dei controlli.

Analogamente, la presa in carico di un paziente per il quale è necessaria una valutazione diagnostica comporta, a seguito della visita di primo accesso richiesta come consulenza specialistica dal MMG o dal PLS, il superamento della frammentazione del percorso con tempi certi per gli esami di supporto e il conseguente referto dello specialista.

E' opportuno che le iniziative di informazione e coinvolgimento dei cittadini e delle loro rappresentanze siano mediate da valutazioni di merito sui contenuti e sulle modalità di attuazione del Programma aziendale da parte delle *Conferenze sanitarie e sociali territoriali* e dei *Comitati di distretto* e da iniziative di supporto concordate con i Comitati consultivi misti, con le OO.SS. ed eventuali altre forme associative presenti nel territorio.

L'informazione dovrà essere completa anche riguardo ai doveri che il cittadino è tenuto a rispettare. In particolare lo stesso va sollecitato a dare disdetta della prenotazione nel caso di impossibilità a presentarsi per l'appuntamento, rendendo note nel contempo le modalità attivate dalle aziende per favorire la disdetta (numero verde, via telematica o altro). Va inoltre richiamata la previsione dell'art. 5 comma 8 L. 407/90 e dell'art. 4 comma 18 L. 412/91 (finanziarie per gli anni 1991 e 1992) secondo cui il cittadino è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero delle prestazioni di cui non ritira il referto entro 30 giorni dall'erogazione della prestazione o, ove diversamente previsto dall'Azienda Sanitaria, entro 30 giorni dalla data prevista per la consegna del referto stesso. Si ricorda che la successiva circolare regionale n. 9 del 14.6.1999 individua nella Azienda USL di residenza dell'utente il soggetto competente ad esercitare il recupero in caso di mancato ritiro del referto.

E' evidente in tale contesto che i Programmi attuativi aziendali dovranno prevedere le modalità e i tempi per un'efficace comunicazione e informazione ai cittadini.

In sede di elaborazione del Programma un'attenzione particolare dovrà essere posta ai tempi di accesso delle prestazioni ed alle **modalità di gestione delle liste di attesa** prevedendo:

- l'apertura continua delle liste,
- lo scaglionamento delle prenotazioni affinché il paziente non sia costretto a lunghe attese prima dell'effettuazione della prestazione nell'ambulatorio,
- la comunicazione tempestiva fra strutture di prenotazione ed erogatori per adeguare l'offerta ad eventuali criticità,
- la revisione continua delle liste (anche attraverso contatti telefonici o per via telematica, in particolare verso i pazienti prenotati per prestazioni ad alto costo o con lunghi tempi di attesa),
- le modalità di riduzione del fenomeno del "prenotato non erogato" con l'individuazione della percentuale di ricorso all'overbooking per diverse tipologie di prestazioni.

Non vanno, inoltre, tralasciati gli aspetti relativi alla qualificazione dell'offerta e alle misure di miglioramento dell'appropriatezza, affidati ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e del Dipartimento Cure Primarie, con individuazione di responsabilità nella gestione degli ambulatori e dei percorsi diagnostico-terapeutici.

La Legge finanziaria 2006, al comma 282 dell'art. 1, sancisce il *divieto di sospendere le attività di prenotazione* e stabilisce che le Regioni sono tenute ad adottare disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa perché legata a motivi tecnici.

Si ribadiscono a questo proposito le indicazioni già fornite con la DGR n. 1296/1998 circa i criteri per una gestione efficiente delle liste di attesa, la cui corretta applicazione comporta il superamento della sospensione delle prenotazioni. Il programma attuativo aziendale dovrà contenere le *misure previste per dare risposta a situazioni di forza maggiore*, quali sciopero del personale o guasto macchine, che possono comportare una *sospensione nell'erogazione delle prestazioni*, specificando gli ambiti di responsabilità individuati per assicurare l'adozione delle soluzioni previste e la corretta informazione agli utenti. Nella scelta delle soluzioni da mettere in atto per arrecare il minor disagio possibile ai cittadini, si segnala come esempio la modalità di pre-appointamento seguito da conferma telefonica.ⁱⁱⁱ

Il Direttore generale Sanità e Politiche sociali provvederà a rendere note le decisioni assunte in materia dalle aziende sanitarie per un confronto su base regionale e, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti operanti sul territorio e presenti nell'elenco previsto dall'art. 137 del codice di consumo di cui al D.Lgs. N. 206/2005, adoterà l'apposita, specifica regolamentazione.

Sistema per la gestione delle liste d'attesa ambulatoriali

Obiettivi generali

La sfida posta dal problema delle liste di attesa al sistema dei servizi si riassume nell'obiettivo di fare in modo che le risorse mobilitate producano miglioramenti reali, tempestivi e non transitori, nel grado di responsività alla domanda espressa, evitando di subire quei costi politici evitabili con un organico piano di intervento, che pertanto contenga azioni sull'appropriatezza del consumo, azioni sull'efficienza del sistema di produzione e sulla produttività delle risorse.

Il piano di intervento deve avere l'obiettivo di offrire al cittadino che necessita di prestazioni specialistiche programmabili la garanzia di poter soddisfare il suo bisogno in condizioni di qualità adeguata entro un intervallo di tempo massimo, a garanzia di un servizio che prevede ed esplicita ex ante i comportamenti che il sistema assume nel caso in cui si verifichi il superamento dei livelli massimi di attesa nell'accesso alle prestazioni specialistiche. Quando si tratta di problemi di salute ognuno dovrebbe poter essere fiducioso rispetto al fatto che il sistema saprà assicurargli nel tempo adeguato il servizio, indicargli l'attesa rispetto al tempo di diagnosi, di predisposizione del programma terapeutico, di esecuzione del trattamento e del recupero. In altre parole, la finalità del Servizio Sanitario Regionale rispetto a questo problema è assumersi pienamente le responsabilità di diagnosi e cura, riconoscendo che quelle che attengono alla specialistica sono predittive dell'assistenza in generale, in un quadro gestionale e di coerenza dei vari interventi in modo da favorire le azioni sinergiche e migliorare la complessiva rispondenza del sistema ai suoi obiettivi generali.

Il modo di assumersi tale responsabilità consiste in una previsione adeguata delle necessità, includendo in questa anche le misure di miglioramento dell'appropriatezza, in una coerente programmazione operativa della produzione relativa, e nella predisposizione di azioni mirate alla riconduzione dei tempi d'attesa ai valori standard ogni qual volta fattori contingenti o errori di pianificazione fanno superare gli standard dichiarati.

La qualità della pianificazione iniziale e la tempestività delle misure correttive messe in atto devono mettere in condizione il Servizio Sanitario Regionale non solo di adeguarsi agli standard previsti dal piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa, ma anche al bisogno del singolo paziente. In particolare è necessario:

ⁱⁱⁱ vedi la Linea guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni elaborata all'interno del documento prodotto dal Mattone "Tempi d'attesa"

- ↻ Sistematizzare gli interventi che promuovono e verificano l'appropriatezza e sfruttare pienamente gli strumenti organizzativi e gestionali che consentono di migliorare la reattività del sistema di produzione (contratti di fornitura, sistemi incentivanti, politiche tariffarie a rendimento decrescente per volumi o per grado di distanza dall'obiettivo di servizio) rendendolo massimamente sensibile al superamento dei tempi e tempestivo nell'adozione delle misure di compensazione .
- ↻ Centralizzare su scala aziendale la gestione delle liste di attesa in modo da assicurare equità, con l'applicazione uniforme di criteri obiettivi e standardizzati per la verificare della coerenza tra la durata dell'attesa e la gravità del bisogno, dando alla persona informazioni chiare sulla ragione del trattamento proposto, sulle scelte e le soluzioni possibili, sulla gravità relativa e sul conseguente bisogno di servizi, sul tempo di attesa accettabile e su ogni cambiamento che potrebbe aumentare o diminuire la sua attesa (perché e quanto attendere).
- ↻ Migliorare l'affidabilità e l'utilità del sistema di classificazione tra prime prestazioni, follow up e controlli.
- ↻ Verificare il catalogo delle prestazioni da assoggettare a garanzia di servizio e delle prestazioni erogabili solo a seguito di triage medico - specialistico.
- ↻ Rimuovere le modalità di prenotazione di tipo nominativo non assoggettate a specifica presa in carico di tipo specialistico.
- ↻ Potenziare l'offerta nelle realtà caratterizzate da consumo inferiore alla media considerata accettabile, con tempi di attesa superiori agli standard e con elevato export, subordinatamente alla piena utilizzazione delle risorse "istituzionali" (strumenti contrattuali per la gestione dell'orario di lavoro, sistema premiante, revisione dell'allocazione delle risorse tra urgenza e programmato,...) e per il tramite di forme contrattuali flessibili, sulla base della normativa vigente (per il riallineamento tempestivo della produzione a fronte del superamento dell'attesa massima) coerenti con i principi di appropriatezza e con gli obiettivi di contenimento delle attese. L'offerta integrativa è assicurata dalle aziende attraverso accordi di produzione integrativa interni e/o da contratti di fornitura con i soggetti privati accreditati le risorse ad esse destinate.

Il Piano nazionale prevede inoltre la realizzazione di un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro Unico di Prenotazione (CUP) che opera in collegamento con gli ambulatori dei Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio.

In Regione Emilia Romagna sono presenti e funzionanti da anni CUP che hanno valenza ad ambito provinciale ormai su tutto il territorio regionale.

Obiettivo del presente Piano è pertanto:

- ↻ Sulla base delle esperienze maturate dalle Aziende sanitarie, elaborare e diffondere modalità omogenee di funzionamento finalizzate a strutturare una rete CUP in ciascuna delle 3 Aree vaste regionali, per creare una rete CUP regionale integrata.
- ↻ Realizzare, nell'ambito del Progetto SOLE (Sanità On LinE), una serie di servizi informatici che permettano la condivisione di informazioni tra MMG e strutture/servizi delle aziende sanitarie.

Sistematizzazione delle azioni per la gestione delle liste d'attesa

La gestione delle liste d'attesa non è un'attività a sé stante, non è la linea di gestione di un servizio, ma un insieme di azioni che riguardano buona parte delle azioni di gestione dell'azienda.

Responsabilizzazione professionale secondo H&S

La responsabilizzazione che si vuole assumere il sistema sanitario regionale riguardo al problema deve essere diffusa, e i principali produttori devono essere perciò coinvolti nella gestione del sistema.

Il modello Hub&Spoke del Piano Sanitario Regionale 1999- 2001 prevedeva l'articolazione della rete fino al livello distrettuale, finalizzata esplicitamente all'instradamento della casistica complessa dall'ambulatorio specialistico territoriale od ospedaliero fino alle modalità ordinarie di fruizione delle prestazioni più sofisticate. Tale rete deve essere utilizzata anche in senso progettuale: deve essere formulato un giudizio preliminare di adeguatezza o insufficienza del modello assistenziale offerto alla popolazione, e delle modalità di utilizzazione della stessa rete.

La quantificazione delle prestazioni necessarie in termini di prime visite e controlli si può appoggiare su considerazioni riguardanti la casistica acuta e quella cronica attese, e le modalità previste di gestione della casistica cronica.

Formulazione del piano di produzione

I piani di produzione delle strutture pubbliche vanno adeguati al ruolo pensato per le stesse, e di conseguenza vanno derivati i piani di produzione delle strutture private, utilizzando gli strumenti contrattuali che favoriscano la modificazione della produzione alle necessità del territorio.

Nei piani di produzione saranno identificate la produzione stimata necessaria e le modalità che consentano un riorientamento della stessa a seguito del verificarsi o del concentrarsi imprevisto di attese in uno o più ambiti della rete. A questo proposito sarà finalizzato il sistema incentivante aziendale, articolandolo sia sul volume complessivo di produzione che deve essere assicurato, sia sulla flessibilità della tipologia di prestazioni all'interno di quel volume.

Relativamente alla produzione ambulatoriale assicurata dall'ospedalità privata, si evidenzia che questa non è fissata nel budget storico, e se è vero che in costanza di tipologia di produzione è corretto riferirsi allo stesso produttore, nel caso di necessità di produzione che non trovino adeguata soddisfazione nelle strategie adottate dagli ospedali privati accreditati, è prioritariamente necessario trovare quella soddisfazione presso altri produttori, pubblici o privati.

Anche per la produzione ambulatoriale assicurata dai privati, inoltre, sarà opportuno venga articolata in una parte stabile e in una parte invece finalizzata a far fronte a necessità contingenti, definendo le modalità di risposta flessibili con la stessa finalità della quota pubblica.

Per tale flessibilità si potrà fare riferimento alla somma derivante dalle quote di contribuzione alla spesa pagate dai cittadini alla struttura privata al momento dell'erogazione del servizio e alla totalità o parte del fondo di cui al punto B.7.) della DGR 2403/04. Questo fondo, infatti, in presenza di attese ambulatoriali consistenti va preferenzialmente utilizzato per la loro riduzione. In altre parole non è auspicabile l'allargamento di produzione finanziato con fondi di bilancio senza preventiva utilizzazione di detto fondo.

Gestione del piano di produzione

Il responsabile dell'ASA aziendale monitora la realizzazione del piano di produzione e l'andamento delle liste d'attesa, e ne dà costante comunicazione ai distretti. L'incremento delle liste d'attesa oltre il livello previsto determina l'ordine di produzione aggiuntiva congruente al bisogno, rispettivamente:

- presso le strutture private secondo le modalità sopra indicate,
- presso le strutture di produzione pubbliche secondo le concordate modalità di flessibilità della produzione.

Gestione dell'offerta attraverso il sistema CUP

L'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è attualmente resa disponibile in ambito aziendale attraverso una rete di prenotazione afferente al CUP (Centro Unificato di Prenotazione), sistema

centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie. Il sistema CUP ha il compito di assicurare al cittadino l'informazione complessiva sull'intera offerta di prestazioni disponibili in ambito provinciale e consente di gestire l'offerta con efficienza, strutturandola in modo organizzato.

Ai fini del governo del settore, *l'insieme dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale deve avere valenza sovra-aziendale* in una visione complessiva che permetta di gestire in maniera integrata l'intero sistema. Questo deve permettere la formulazione di *piani di lavoro trasversali* che coniughino le richieste di attività per pazienti ricoverati (in regime ordinario e di day hospital) e per pazienti ambulatoriali, nella prospettiva di raggiungere la massima efficienza. Ne consegue, evidentemente, che *ogni struttura erogante definisca la propria capacità produttiva complessiva* in termini di ore di ambulatorio e di calendari di erogazione in linea con la programmazione aziendale.

La **gestione centralizzata** è compatibile con regole di prenotazione per prestazioni particolari o per controlli che prevedano l'intervento dello specialista che gestisce l'ambulatorio. Quando la tipologia di prestazioni erogate è tale che l'accesso sia determinato dallo stesso specialista, la procedura di prenotazione automatica può essere periferizzata ed eventualmente semplificata per consentire la gestione di tale attività. In ogni caso questa dovrebbe essere al minimo rendicontata con lo stesso livello informativo della restante attività ambulatoriale in modo da consentire la valutazione delle opportunità di impiego alternativo delle risorse professionali anche di questa parte di attività, e della sua congruità con il modello di assistenza adottato. Tale provvedimento è di tipo funzionale e non strutturale. Cioè non esistono modalità operative che "obbligino" a tale trasparenza di conduzione dell'attività specialistica ambulatoriale. Ma è tuttavia necessaria e va rinforzata ponendola tra gli obiettivi di budget e come condizione per l'accesso all'attività libero-professionale. Non può essere effettuata attività libero-professionale se persistono aree di gestione ambulatoriale sottratte all'evidenza collettiva. Non può essere valutata tra i prodotti di un'équipe la produzione le cui modalità d'accesso siano incontrollabili o, il che è lo stesso, controllabili dal solo fornitore, pubblico o privato che sia.

In questo ambito si precisano i seguenti requisiti di funzionamento dell'accesso:

- Le **agende** di prima visita non sono nominative; questo provvedimento deve essere associato all'instaurazione o all'estensione di rapporti professionali sostenuti organizzativamente tra i diversi fornitori della stessa disciplina, ai fini dell'instradamento appropriato della casistica complessa verso le strutture che assicurano le prestazioni più adeguate;
- Le **agende** non devono essere soggette a variazioni impreviste: possono avere variazioni stagionali in accordo con la richiesta variabile documentata storicamente, anzi tale modalità di programmazione va incoraggiata. Va invece annullata o ricondotta all'eccezionalità la variazione immotivata della disponibilità o motivata dalla non previsione delle normali variabili di gestione di un servizio (ferie o altre assenze del personale);
- La **prima visita** è in relazione al problema sanitario identificato. Ai fini della quantificazione iniziale delle necessità, pertanto, **saranno considerate prime visite tutte quelle prescritte come tali e non precedute, nel corso dei sei mesi precedenti, da un'altra visita effettuata in ambito aziendale nella stessa specialità indipendentemente dalla struttura erogatrice;**
- Le **agende** non devono essere chiuse. La chiusura delle agende sottostima il bisogno e favorisce la non adozione degli strumenti di programmazione delle risorse che spesso esitano nelle variazioni impreviste di cui al punto precedente.

Relativamente al punto concernente l'individuazione degli elementi che determinano l'identificazione della **prima visita** e della **visita di controllo**, si richiama l'attenzione sull'opportunità di puntualizzare in sede

di formulazione degli accordi contrattuali o contratti con le diverse categorie di fornitori, con particolare riferimento alle strutture private accreditate, gli strumenti più idonei per dare esatta applicazione a questa nuova regolamentazione anche al fine di evitare possibili abusi e conseguenti contestazioni. Ciò evidentemente sia a causa della differenza tariffaria tra le due tipologie di visita, che per il diverso importo della partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

All'interno del modello generale di assistenza saranno perciò definite operativamente le modalità di riconoscimento di un problema sanitario opportunamente trattato con un prima visita o un controllo.

Presa in carico:

Condizioni fisiopatologiche croniche stabili controllate periodicamente, ad esempio, non richiedono che il soggetto che effettua la valutazione sia sempre lo stesso, mentre la continuità deve essere assicurata ogni qual volta sia stata effettuata una presa in carico.

Questa è adeguata per rispondere compiutamente a un quesito diagnostico o, nel caso di patologie croniche, per il raggiungimento di un grado di controllo soddisfacente e raggiungibile (o presunto tale e fino al mantenimento della presunzione) della patologia in questione. Quando lo specialista si trova di fronte a una di queste condizioni utilizza la disponibilità privilegiata degli spazi di controllo nelle agende personali o di apposite agende riservate ai controlli. Le modalità fisiche possono essere dirette, attraverso la disponibilità di postazioni di lavoro abilitate alla prenotazione, preferibilmente integrate coi sistemi di refertazione e rendicontazione dell'attività ambulatoriale, o rendicontate successivamente alle prestazioni effettuate.

Nell'ambito del CUP è possibile seguire il percorso del cittadino grazie alla tracciabilità di tutte le prenotazioni che lo riguardano, valutando così eventuali scostamenti rispetto al percorso corretto da seguire (tipologia di prestazione e tempistica); *in particolare nel caso in cui l'utente si presenti con una prescrizione per prima visita, ma il sistema ne evidenzia l'avvenuta esecuzione nell'ambito dell'azienda e nella stessa disciplina entro i 6 mesi precedenti, la prenotazione deve essere effettuata per una visita di controllo.* In tal senso è necessario prevedere controlli in automatico che segnalino evidenti anomalie dalle quali possano desumersi condizioni di inappropriata.

Il sistema dell'offerta deve prevedere la costruzione di una rete di prenotazione che consente di "vedere" tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili. Ogni punto di prenotazione deve interfacciarsi con questa rete, garantendo la visione delle disponibilità in ciascuno di questi e differenziando, ove necessario, i livelli di accesso dei vari utenti (es: tutti i punti di prenotazione possono vedere il calendario delle disponibilità delle Tac, ma solo il punto di prenotazione della radiologia, o altro punto addestrato per la gestione di percorsi specifici, può fissare gli appuntamenti).

Il CUP permette di gestire l'attività di prenotazione presso diverse sedi (Punti di Accoglienza, sportelli, uffici, farmacie, call center, sportelli per la Libera Professione ecc.), nell'ambito di tre principali livelli, con gestione separata, comunque, della Libera Professione:

- livello provinciale: contiene tutte le prestazioni visibili e prenotabili sull'intero territorio provinciale, e, pertanto, include l'Azienda USL, l'Azienda Ospedaliera e le strutture private accreditate con le quali è stato formalizzato un contratto di fornitura;
- livello aziendale: è visibile tutta la rete di prenotazione, ma sono accessibili per la prenotazione solo le prestazioni dell'ambito aziendale;
- livello sub-aziendale (Dipartimentale, per Unità Operativa, ecc...): è ugualmente visibile tutta la rete di prenotazione ma sono prenotabili solo alcune prestazioni che vengono erogate in aree operative delimitate, quali dipartimenti, unità operative, ambulatori. Tale livello può essere previsto in particolare nelle aziende di ampie dimensioni, con articolazioni organizzative complesse.

Lo sviluppo del sistema, al fine di agevolare il più possibile il cittadino, deve prevedere, in tutti i punti di prenotazione, la possibilità di effettuare direttamente il pagamento. Negli ambiti territoriali in cui insistono anche le Aziende Ospedaliere devono essere attivate le procedure gestionali che permettono all'utente di pagare non solo le prestazioni erogate dall'Azienda a cui il punto di prenotazione fa riferimento (es. Azienda USL), ma anche quelle erogate da altre Aziende per le quali è possibile prenotare le prestazioni.

Ai fini di migliorare l'accessibilità, in particolare delle prestazioni di laboratorio, è opportuno rendere disponibili al cittadino due differenti modalità:

- in accesso diretto (cioè l'utente non deve prenotare, ma si presenta direttamente al punto prelievi il giorno stesso in cui ha deciso di effettuare gli esami, negli orari di apertura del servizio);
- su prenotazione, tramite CUP, ove l'utente avesse bisogno di programmare il prelievo ad un orario ben preciso.

Al fine di garantire tempi di attesa congruenti con la tipologia di prestazioni richieste è indispensabile *gestire in maniera distinta le prime visite dai controlli* (es. agende separate), prevedendo eventualmente *meccanismi di compensazione* che trasferiscano l'offerta da una tipologia all'altra a seconda dell'andamento della domanda, in modo da non lasciare in alcun caso posti vuoti. Tali correttivi devono entrare in funzione in maniera pressoché automatica o, dove ciò non sia possibile, devono consentire di segnalare per tempo i punti di criticità per un intervento tempestivo indirizzato all'ottimizzazione delle risorse disponibili (interne ed esterne) anche in riferimento all'andamento della domanda.

Gestire separatamente i percorsi di primo accesso dai controlli è funzionale inoltre sia al monitoraggio dell'attività e dei tempi di attesa, sia alla chiarezza degli impegni del SSR nei confronti del cittadino.

Per costruire una **rete di prenotazione regionale** rispondente alle esigenze degli utenti e agli obiettivi del sistema è opportuno, infine, prevedere forme di coordinamento interaziendale, a livello regionale, che assicurino uno *sviluppo omogeneo* dei sistemi CUP e permettano di predisporre *Linee guida per l'implementazione e il corretto funzionamento* dei CUP provinciali/aziendali, con specifici indicatori. L'adeguamento dei sistemi di prenotazione a modalità di accesso comuni rende confrontabili gli indicatori di funzionamento del sistema e non introduce iniquità tra un cittadino e l'altro.

Nell'ottica di una rete regionale di CUP provinciali/aziendali, è fondamentale anche il portare a completamento il programma di potenziamento del Servizio numero verde unico regionale, con un'interfaccia tra il call center numero verde e i punti di prenotazione telefonica aziendali. Ciò anche al fine di dare risposte adeguate ai numerosi cittadini che chiedono informazioni su come e dove prenotare visite/esami/terapie/interventi.

Modalità di funzionamento

Entro il mese di dicembre deve essere definito il piano di produzione dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Tale piano è un sottoprodotto del processo di budget, in condizioni di programmazione normale. Qualora questa subisse un ritardo operativo, è opportuno che la programmazione dell'assistenza ambulatoriale sia conclusa nel termine fissato, e che il processo di budget incorpori il piano di produzione ambulatoriale.

Il piano di produzione recherà l'evidenza di una programmazione che adegua i volumi alla necessità riscontrata, sia in termini di richiesta, soddisfatta e insoddisfatta, sia in termini di fabbisogno giudicato secondo criteri espliciti. In caso di difformità tra le due quantità verranno indicate le misure adottate per la

riconduzione a livelli di appropriatezza accettabili e la modulazione della produzione ambulatoriale programmata ne terrà conto.

Le citate misure di modulazione della produzione definiranno gli ambiti di variazione controllabili dai livelli di gestione responsabili della stessa produzione (Unità Operative, Dipartimenti ospedalieri e delle Cure Primarie, Ospedali, Distretti).

Il responsabile dell'assistenza specialistica ambulatoriale, negli intervalli tra le rilevazioni periodiche, assicurerà, per le prestazioni a più elevato rischio d'attesa un monitoraggio assiduo e ad hoc che consenta di prefigurare misure più complesse e che coinvolgano il concorso di diversi livelli di gestione; assicurerà altresì l'ordinato svolgersi di riunioni periodiche necessarie a concertare i provvedimenti da assumere da parte dei livelli di gestione sopra riportati.

Una buona programmazione della produzione e le possibilità di modulazione in corso della stessa mirano a minimizzare l'insorgenza di livelli di attesa non in linea con gli standard previsti.

Qualora tuttavia la lista d'attesa dovesse superare i limiti previsti, e questa non fosse ricondotta dalle azioni ordinarie agli stessi limiti, la successione delle azioni è la seguente:

1. acquisto delle prestazioni necessarie dai professionisti interni che sono nelle condizioni di partecipazione alla produzione aggiuntiva (corretto piano di produzione e piena utilizzazione degli strumenti contrattuali per la modulazione della produzione), avendo come limite di spesa, almeno limitatamente a questo settore di intervento, le alternative di commissione a privati accreditati o a soggetti esterni. In altre parole il tetto massimo di spesa nell'acquistare dai professionisti interni non deve superare la spesa che sarebbe sostenuta attraverso l'acquisizione delle prestazioni sul mercato costituito dai produttori accreditati
2. acquisto delle prestazioni necessarie dai produttori accreditati/da professionisti che possano essere integrati nelle unità operative. La scelta tra queste due alternative è prevalentemente basata su fattori economici, poiché dal punto di vista organizzativo le due alternative possono essere ricondotte alla responsabilizzazione sulla produzione dei due principali produttori, i pubblici e i privati accreditati. In linea di massima si farà ricorso ai produttori pubblici allorché il volume stimato necessario configura la necessità di disporre del volume produttivo assicurato da un professionista dipendente, utilizzando modalità di produzione improntate all'efficienza anche instaurando contratti a termine integrati nei piani di produzione delle diverse unità operative.

La produzione remunerata a prestazione sembra invece più idonea a volumi che richiedano frazioni di un'unità professionale.

Lo sviluppo del sistema: il piano telematico regionale

Nell'ambito del Progetto SOLE (Sanità On Line) "*Rete integrata ospedale-territorio nelle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna: I medici di famiglia e gli specialisti on line*", è prevista la realizzazione di una serie di servizi informatici che permettono la condivisione di informazioni tra MMG e strutture/servizi delle aziende sanitarie. In questo contesto uno dei processi cardine consiste nella gestione informatizzata del percorso prescrizione- refertazione che consente il recupero in maniera automatica dei dati contenuti nella ricetta da parte della struttura ambulatoriale e di prenotazione, e il ritorno al medico del relativo referto redatto in formato elettronico.

Per garantire il perfetto funzionamento del processo sopra descritto, è stato costruito un unico *catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (catalogo SOLE)*, che costituisce la "traduzione operativa" del Nomenclatore tariffario regionale con l'allineamento e l'aggiornamento continuo di tutte le voci dei cataloghi aziendali, per uniformare le prescrizioni dei medici, per agevolare la fase di prenotazione per gli operatori di sportello, per garantire l'acquisizione informatizzata dei referti.

Lo sviluppo di questa rete integrata, con la diffusione dell'utilizzo delle funzionalità rese disponibili ad un sempre maggior numero di medici (entro il 2007 si prevede la copertura di circa il 100% dei MMG), è finalizzata a:

- favorire l'appropriatezza delle prescrizioni, con l'allineamento al catalogo regionale;
- facilitare il processo di prenotazione, con diminuzione degli errori, per acquisizione in automatico dei dati anagrafici e di prestazione;
- accelerare i tempi di ritorno dei referti.

Gli aspetti legati al monitoraggio/controllo

Il Piano nazionale indica che il monitoraggio specifico per le prestazioni per cui è stato determinato il TMA deve essere trimestrale e rilevare, per le strutture coinvolte e per ciascuna prestazione, il numero di prestazioni erogate, i relativi tempi di attesa e la percentuale di prestazioni effettuate con tempo di attesa superiore al massimo stabilito.

Il flusso ASA consente di rilevare quanto richiesto perchè fornisce informazioni certe sulle prestazioni effettivamente erogate, e non solo sulle prenotazioni. E' opportuno, perciò, prevedere in maniera più vincolante i controlli di qualità su data di prenotazione e data di erogazione (dati tuttora frequentemente compilati in maniera non accurata) e il rispetto delle cadenze trimestrale, semestrale e annuale per l'invio dei dati; ciò al fine di consentire l'elaborazione annuale entro il primo trimestre dell'anno successivo e l'elaborazione dei dati trimestrali e semestrali con cadenze più ravvicinate.

LINEE DI INDIRIZZO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI OSPEDALIERI

Agende di Prenotazione dei Ricoveri

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, l'intesa approvata in conferenza Stato-Regioni il 28 marzo 2006 individua 3 categorie:

1. Prestazioni già sottoposte a monitoraggio dall'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002;
2. Prestazioni di nuova introduzione nel monitoraggio;
3. Prestazioni per le quali dal 2° semestre 2006 sarà avviato un monitoraggio regionale coordinato dalla Agenzia per i servizi sanitari regionali e finalizzato a valutare la variabilità dei tassi di accesso e di rilevare le criticità del sistema dell'offerta, tenuto conto del rischio di inappropriatazza di tali prestazioni.

Per le prime due categorie compete alla Regione la definizione del tempo massimo d'attesa da garantire al 90% dei pazienti. Sempre alla Regione compete la eventuale definizione di classi di priorità che garantiscano classi con attese minori rispetto a quelle stabilite in generale.

Per quanto riguarda la suddivisione delle prestazioni di ricovero in aree specialistiche sono state prese in considerazione le seguenti 4 aree:

1. Area oncologica: 4 prestazioni in regime di ricovero ordinario ed 1 in regime di DH/Day surgery;
2. Area cardiovascolare: 3 prestazioni in regime di ricovero ordinario ed 1 in regime di DH/Day surgery;
3. Area geriatria: 1 prestazione in regime di ricovero ordinario ed 1 in regime di DH/Day surgery;
4. Altre prestazioni: 3 prestazioni in regime di ricovero ordinario e 5 in regime di DH/Day surgery. Tutte le prestazioni dell'area 4 "Altre prestazioni" sono da sottoporre a monitoraggio da parte della Regione prima di definire i tempi d'attesa.

Prestazioni di ricovero ospedaliero per le quali va determinato il tempo d'attesa

1. Area oncologica.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO		
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7 - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
Interventi ginecologici (per tumori dell'utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY		
Chemioterapia	99.25	V58.1

2. Area cardiovascolare

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO		
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
By pass aortocoronarico	36.10	
Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
Endoarteriectomia carotidea	38.12	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY		
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

3. Area geriatrica

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO		
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY		
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
Cataratta	13.0	

Prestazioni per le quali va attivato il monitoraggio regionale con il coordinamento della ASSR

4. Altre prestazioni

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO		
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
Interventi chirurgici Polmone	32 - 33	
Interventi chirurgici Colon	46	
Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY		
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
Biopsia percutanea del fegato	50.11	
Legatura e stripping di vene	38.5	
Emorroidectomia	49.46	
Riparazione ernia inguinale	53.00 - 53.10	
Decompressione tunnel carpale	04.43	

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, si rilevano prestazioni per le quali erano già stati definiti tempi d'attesa (Accordo stato-regioni dell'11 luglio 2002), prestazioni per le quali i tempi d'attesa devono essere definiti ed infine prestazioni da sottoporre a monitoraggio prima di definire i tempi d'attesa.

Tra le prestazioni per le quali erano già stati definiti i tempi d'attesa si rilevano difficoltà non ubiquitarie ma piuttosto diffuse nel mantenimento dei tempi per l'intervento di protesi d'anca (50% entro 90 giorni e 90% entro 180 giorni) a causa di un cospicuo incremento della domanda, cui non sempre il diffuso incremento di offerta è stato in grado di rispondere pienamente.

Una ulteriore difficoltà, di recente rilevazione, riguarda gli interventi per tumore del colon-retto. In questo caso la difficoltà è ascrivibile alla attivazione dello screening per tale tumore che ha determinato un

incremento di interventi chirurgici. Ciò testimonia l'efficacia dello screening ma contemporaneamente richiede un adeguamento dell'offerta che è attualmente in corso.

Si ritiene, comunque, di confermare i tempi d'attesa precedentemente definiti (Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002) :

- per la patologia oncologica: intervento chirurgico tumori (mammella e colon-retto): 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento(dal conteggio viene escluso il tempo necessario per eventuali terapie adiuvanti o preparatorie all'atto chirurgico);
- per l'intervento di protesi d'anca: 90% dei pazienti entro 180 giorni e 50% dei pazienti entro 90 giorni;

Per l'intervento di *cataratta* (previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 28.03.2006 nell'Area Geriatrica fra le prestazioni erogabili in Day Hospital/Day Surgery) i tempi massimi di attesa definiti nell'Accordo Stato Regioni del 11.07.2002 erano stati fissati a 180 giorni per il 90% dei pazienti e a 90 giorni per il 50% dei pazienti.

L'intervento di facoemulsione ed aspirazione di cataratta, se effettuato in degenza da luogo al DRG "039" interventi sul cristallino, che è tra quelli esplicitamente indicati nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 come trattabili più appropriatamente a livello ambulatoriale che in ricovero.

Con la DGR n. 2582/2002 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della R.E.R. applicabili a decorrere dal 1-1-02" in considerazione del previsto inserimento della prestazione di "Facoemulsione ed aspirazione di cataratta" nel nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali è stata modificata la tariffa precedentemente prevista per tale prestazione se erogata in regime di degenza, ordinario o di day hospital. Infatti, pur ritenendo il regime ambulatoriale come quello più appropriato per l'erogazione di tale prestazione in una elevata percentuale di pazienti, si deve ritenere che, per quota parte della casistica, in particolare per i casi più complessi, resti opportuno l'erogazione in regime di ricovero. La quota di erogazione in regime di ricovero, parametro per la valutazione dei comportamenti erogativi delle aziende, dovrà mantenere il trend di trasferimento verso regimi di trattamento sempre più appropriati già osservata negli scorsi anni e comunque per la quota residua di interventi effettuati in day hospital si confermano gli obiettivi già contenuti nell'accordo dell'11 luglio 2002.

Relativamente alle prestazioni di nuova introduzione nel monitoraggio si pongono i seguenti obiettivi:

- Angioplastica coronarica (regime ordinario): 90% dei pazienti entro 60 giorni;
- By pass aortocoronario (regime ordinario): 90% dei pazienti entro 60 giorni;
- Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario): 90% dei pazienti entro 90 giorni;
- Intervento chirurgico tumore utero (regime ordinario): 100% dei pazienti entro 30 giorni(dal conteggio viene escluso il tempo necessario per eventuali terapie adiuvanti o preparatorie all'atto chirurgico).

L'ambito territoriale di riferimento per la valutazione dei tempi d'attesa è quello provinciale; le aziende sanitarie dovranno individuare le strutture che partecipano al monitoraggio dei tempi d'attesa.

Tali obiettivi vengono posti a partire dall'1 gennaio 2007.

Per l'intervento chirurgico tumore prostata è necessaria una definizione dei percorsi con gli specialisti di branca in modo da porre entro la fine del 2006 obiettivi coerenti con le modalità prevalenti di accesso alla lista d'attesa.

Infine si riportano i tempi d'attesa rilevati nel 2005 per le prestazioni che devono essere sottoposte a monitoraggio regionale coordinato dalla ASSR prima della definizione dei tempi massimi d'attesa:

- Biopsia percutanea del fegato (DH): Il 92% dei pazienti riceve la prestazione entro 30 giorni ed oltre il 98% entro 90 giorni;
- Emorroidectomia (DH): Il 72% dei pazienti riceve la prestazione entro 60 giorni e l'84% entro 60 giorni;
- Intervento chirurgico colon: Il 61% dei pazienti riceve la prestazione entro 30 giorni e il 78% entro 60 giorni;
- Intervento chirurgico polmone: L'87% dei pazienti riceve la prestazione entro 30 giorni ed oltre il 95% entro 60 giorni;
- Riparazione ernia inguinale (DH): Il 75% dei pazienti riceve la prestazione entro 90 giorni ed il 92% entro 180 giorni;
- Stripping di vene (DH): Il 70% dei pazienti riceve la prestazione entro 90 giorni e l'86,5% entro 180 giorni;
- Tonsillectomia: Il 56% dei pazienti riceve la prestazione entro 90 giorni e l'80% entro 180 giorni.
- Tunnel carpale (DH): L'86% dei pazienti riceve la prestazione entro 90 giorni e oltre il 94% entro 180 giorni.

Progetto "Mattoni Tempi d'Attesa" e classi di priorità

Nell'ambito del progetto "Mattoni Tempi d'Attesa" è stato elaborato il documento "Principi generali e proposte operative" che è riferimento per la gestione delle liste d'attesa.

Tra le tematiche trattate nel documento assume particolare rilevanza la classificazione in classi di priorità che viene demandata ad una classificazione nazionale (come già indicato dall'accordo dell'11 luglio 2002 e ribadito dal comma 283 della legge 266/2005) pur prevedendo la possibilità di ulteriori classificazioni regionali.

In attesa della definizione delle classi di priorità a livello nazionale la Regione Emilia-Romagna si candida a sperimentare una propria classificazione in classi di priorità riguardante i ricoveri per interventi ortopedici. I risultati di questa sperimentazione potranno costituire la base di una classificazione regionale per tutti i ricoveri programmati per i quali sarà stato ritenuto opportuno individuare classi di priorità.

L'inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) di due nuovi campi: data di prenotazione e classe di priorità

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

L'introduzione della data di prenotazione nel flusso informativo SDO della regione Emilia-Romagna, risale al gennaio del 2000. (Circolare n. 23 del 23/12/1999: "Norme per la gestione della scheda di dimissione ospedaliera - Anno 2000")

Dal 2003 sul campo data di prenotazione della SDO è stato attivato un controllo scartante che riguarda i ricoveri per acuti programmati erogati da tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati in regime di ricovero ordinario o di day-hospital per interventi chirurgici, chemioterapia, radioterapia e coronarografia. (Integrazione alla Circolare n. 4 del 7/2/2002: "Norme per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera")

Dal momento che il primo campo è già stato previsto, oltre che reso obbligatorio, dovrà essere previsto, sul tracciato SDO regionale, in tempo utile per la rilevazione del 2007, il campo classe di priorità.

Entrambi i campi divengono pertanto un debito informativo obbligatorio.

LIBERA PROFESSIONE

Per quanto riguarda la regolamentazione delle attività erogate in libera professione, in particolare la delicata questione relativa alla correlazione fra prestazioni libero professionali e le liste d'attesa per l'attività istituzionale, la Regione ha definito i principi di ispirazione e le linee guida a cui le aziende debbono attenersi attraverso la DGR n. 54/2002 "Direttiva alle Aziende" ai sensi del DPCM 27 marzo 2000.

L'atto citato risulta a tutt'oggi attuale, pur necessitando di alcuni aggiornamenti anche alla luce delle intese intercorse in sede di conferenza Stato-Regioni, e deve trovare piena attuazione attraverso momenti di verifica strutturati e continuativi dell'applicazione nonché attraverso la definizione completa degli atti attuativi. Si ribadisce pertanto la validità della suddetta direttiva specificando che le Aziende dovranno disciplinare i percorsi ed i meccanismi che assicurano la coerenza fra i tempi massimi d'attesa e il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale, anche a stralcio degli atti aziendali sulla libera professione, sulla base di quanto previsto dalla DGR 54/2002. Resta chiaro che l'attività libero professionale non può e non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'azienda, quali il diritto all'accesso entro i tempi massimi previsti, fermo restando che la stessa attività libero professionale deve concorrere alla riduzione complessiva delle liste d'attesa.

I documenti aziendali devono contenere:

1. la certezza della prevalenza dell'attività istituzionale rispetto all'attività libero professionale;
2. la definizione dei corretti rapporti tra i volumi di attività libero professionali e attività istituzionale, in particolare per le prestazioni critiche, siano esse ambulatoriali che di ricovero;
3. le azioni che orientano la retribuzione di risultato alla riduzione delle liste d'attesa;
4. la modalità e i tetti prestazionali che l'Azienda individua come limite per attivare il ricorso alle tipologie di attività libero-professionale di cui ai commi 3 e 5 dell'art. 2 del DPCM 27 marzo 2000 secondo i criteri previsti dalla DGR 54/2002 al punto 2. "Liste d'attesa" (simil ALP), nonché dall'art. 14, commi 5 e 6, del contratto collettivo nazionale di lavoro sottoscritto il 3 novembre 2005;
5. i meccanismi e gli organismi di controllo per la verifica degli impegni assunti e le misure da intraprendere qualora i tempi di attesa restino oltre i valori stabiliti per un periodo prefissato e qualora non siano rispettati i volumi prestazionali concordati.

E' necessario inoltre che le aziende si dotino di strumenti formali di monitoraggio che consentano di evidenziare tempestivamente eventuali modalità di gestione della libera professione non in linea con i criteri sopra indicati. In questo contesto le attività libero professionali dovranno accompagnarsi alla stesura dei piani di produzione dell'attività istituzionale, con piani di lavoro per unità operativa che evidenzino in maniera precisa l'utilizzo delle risorse ed individuino, insieme ai piani di produzione, gli equilibri concordati.

Di questa materia dovrà essere investito il Collegio di Direzione che, periodicamente, dovrà valutare la corretta attuazione di criteri e modalità applicative stabilite nell'ambito della libera professione.

TEMPI E FASI DI ATTUAZIONE

Come risulta dalla delibera di cui il presente Piano è parte integrante, le indicazioni che precedono dovranno essere sottoposte al vaglio del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, previsto dall'Intesa tra il Governo e le Regioni.

In attesa del completamento di tale iter, e salvo adeguamento a quanto eventualmente stabilito dal richiamato Comitato, le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda ospedaliera o l'IRCSS di riferimento dovranno comunque predisporre in via preliminare il proprio Programma attuativo aziendale entro dicembre 2006.

Tali Programmi dovranno essere sottoposti al parere dei rispettivi Comitati di Distretto e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Tutte le Aziende sanitarie dovranno inoltre comunicare, entro dicembre 2006, anche le misure previste per dare risposta a situazioni di forza maggiore che possono comportare una sospensione nell'erogazione delle prestazioni, specificando gli ambiti di responsabilità individuati per assicurare l'adozione delle soluzioni previste e la corretta informazione agli utenti.

Si fa riserva di perfezionare il presente Piano, alla luce dei necessari indirizzi di carattere generale previsti dalla legge n. 266/2005 e dall'Intesa del 28 marzo 2006.

Si fa riserva inoltre di rideterminare il TMA per le prestazioni per le quali siano adottati a livello regionale percorsi di accesso per priorità cliniche. In questo caso il TMA verrà ridefinito sulla base dei criteri clinici che saranno individuati.

ALLEGATO 1**A) ASPETTI ORGANIZZATIVI: PUNTI CARDINE**

Normativa di riferimento: DGR 1296/98 - CIRC 10/99 - DGR 2142/00 - CIRC 23/04 - CIRC 8/04

Il modello organizzativo prospettato per l'assistenza specialistica ambulatoriale presuppone la presenza di una funzione di coordinamento che garantisca l'integrazione tra la prenotazione e l'erogazione (Centro Servizi Ambulatoriale - CSA). I Punti di Accoglienza -PDA rappresentano, invece, i punti operativi presso gli ambulatori che facilitano le azioni collegate alla prenotazione (accettazione, invio agli ambulatori, prenotazione delle prestazioni aggiuntive a seguito della visita specialistica ecc.).

Aspetto qualificante dell'assistenza specialistica ambulatoriale è la presa in carico del paziente, in termini sia organizzativi sia clinico-assistenziali, di cui le definizioni cardine sono:

Semplificazione dell'accesso: percorso organizzativo nel quale il paziente, che accede ad una struttura ambulatoriale per fruire di una prestazione, ha la possibilità di eseguire le eventuali indagini aggiuntive senza dover ricorrere nuovamente al medico di medicina generale per esclusivi adempimenti amministrativi. Per facilitare la realizzazione di questo percorso organizzativo è stato individuato un modello di richiesta/referto, che permette la pluriprescrizione nel rispetto della regolamentazione in materia di prescrizioni e ticket, da utilizzarsi solo in ambito regionale.

Follow up: una serie di visite di controllo e/o di prestazioni diagnostiche terapeutiche successive al primo accesso, che si attuano secondo un programma temporale definito e condiviso tra specialisti e MMG secondo criteri di appropriatezza e sulla base di specifici protocolli formalizzati e resi noti a livello locale. La richiesta per le prestazioni che compongono il programma definito, di norma è effettuata dal MMG e può essere redatta in un'unica soluzione, con durata massima, ai fini dell'accesso alla prenotazione, di sei mesi.

Day Service (DSA): modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista su richiesta di visita od altra prestazione al fine di rispondere a quesito clinico formulato su modulistica SSN/SSR per casistica acuta, complessa (sia in senso clinico che organizzativo) e compatibile con le esigenze della committenza. Si compone di percorsi ambulatoriali (Percorsi ambulatoriali predefiniti).

Altro aspetto considerato sono i criteri per la gestione delle liste di attesa e per la determinazione del tempo massimo di attesa, ai quali si riferiscono le seguenti definizioni

Prima visita^{iv}: è quella visita in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta. Più precisamente, è considerata prima visita quella richiesta come tale e non preceduta nel corso dei sei mesi antecedenti da un'altra visita, nella stessa azienda e nella stessa disciplina, indipendentemente dalla struttura erogatrice.

Visita di controllo^v: è quella visita in cui un problema già noto viene rivalutato, in cui la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata. Deve intendersi pertanto visita di controllo quella richiesta

^{iv} Definizione rivista ai sensi del Piano di cui il presente Allegato è parte integrante

^v Definizione rivista ai sensi del Piano di cui il presente Allegato è parte integrante

come tale o effettuata nella stessa azienda e nella stessa disciplina entro 6 mesi dalla visita precedente sia essa richiesta come prima visita o visita di controllo.

Prestazioni programmabili (o di primo accesso): prestazioni che non rivestono carattere d'urgenza per le quali l'effettuazione tempestiva è requisito importante per assicurare la qualità e l'efficacia del processo assistenziale in atto. Sono le prestazioni per le quali è stato fissato il tempo massimo di attesa in 30 giorni per le visite e in 60 giorni per le prestazioni diagnostiche.

Prestazioni urgenti: prestazioni per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza nell'arco della giornata di presentazione del paziente o in un periodo immediatamente successivo (24 ore).

Prestazioni urgenti differibili: prestazioni la cui effettuazione può essere differibile di qualche giorno, ma che necessitano comunque di una effettuazione in tempi brevi (7 gg).

Le **Modalità di accesso** per le prestazioni sopra indicate comprese le visite sono pertanto differenziate in:

Ordinario (Programmabile) per le Prestazioni programmabili

Controllo/programmato per le Prestazioni di controllo

Urgente (24 h) per le Prestazioni urgenti

Urgente differibile (7 giorni) per le Prestazioni urgenti differibili

Day service per le Prestazioni di Day Service

Accesso diretto per quelle prestazioni che hanno origine nel contesto di una visita ambulatoriale o nel caso di accesso alla struttura senza prenotazione (il caso più frequente è per le prestazioni di Laboratorio). L'accesso diretto non va confuso con il "libero accesso" previsto solo per alcune prestazioni (e cioè visita ostetrico-ginecologica, esame del visus, visita odontoiatrica, visita psichiatrica, visita pediatrica) per le quali non è necessaria la presentazione del modulo di prescrizione - proposta del medico curante.

Indicatori

Gli indicatori riportati di seguito vengono utilizzati per confronti aziendali sulla base del valore medio regionale per ciascuna disciplina/aggregato.

a) **Indicatori generali**

Prime visite: percentuale (%) del numero di Prime visite sul totale di Prime visite e Visite di controllo^{vi}.

Visite di controllo: percentuale (%) del numero di Visite di controllo sul totale di Prime visite e Visite di controllo.

Tasso Visite: rapporto Prime visite su Visite di Controllo.

Modalità di accesso: percentuale (%) del numero di prestazioni erogate per ciascuna modalità di accesso rispetto al totale delle prestazioni.

Analisi combinata delle Modalità di Accesso e delle aggregazioni FA-RE^{vii}:

^{vi} sulla base delle aggregazioni FA-RE descritte nel paragrafo F del presente Allegato

^{vii} Per ulteriori specifiche vedi il paragrafo F del presente Allegato

per ciascuna visita suddivisione dell'erogato (prime visite e visite di controllo in regime di Servizio Sanitario Regionale) in:

- numero prime visite con modalità di accesso "programmabile"
- numero prime visite con modalità di accesso "programmato"
- numero visite di controllo con modalità di accesso "programmabile"
- numero visite di controllo con modalità di accesso "programmato"
- numero visite con modalità di accesso "urgente (24 h)" + "urgente differibile (7 giorni)"
- numero visite con modalità di accesso "altro" (DSA, PS non seguito da ricovero, screening, accesso diretto)

Si possono anche costruire gli equivalenti Indici di Produzione^{viii} utili per una lettura dell'attività in relazione alla popolazione.

La regolamentazione sulla semplificazione dell'accesso e sulla presa in carico del paziente che necessita di valutazione complessa prevede specifici indicatori, di seguito riportati (punti b, c) che riguardano le prestazioni erogate per residenti in Emilia Romagna. Tali indicatori evidenziano valori standard di riferimento, fissati a seguito delle prime esperienze aziendali realizzate, che verranno progressivamente testati sulla base del maggiore consolidamento del monitoraggio e della ulteriore diffusione della modalità assistenziale Day Service:

b) Indicatori Semplificazione dell'accesso

Tasso medico prescrittore: rapporto numero di prescrizioni dello Specialista ospedaliero e territoriale e numero di prescrizioni del MMG, PLS, guardia medica e guardia turistica, se disponibile, per ciascuna aggregazione FA-RE (in particolare Prima visita, Visita di controllo, Diagnostica e Prelievi di sangue venoso).

Tasso modulistica: numero di richieste utilizzate nell'ambito della Semplificazione dell'accesso sul numero ricette SSN.

Indice consumo prescrizione: numero prescrizioni per 1000 abitanti (escluse le modalità di accesso di Pronto soccorso, screening, libera professione, OBI, altro).

Media prestazioni per prescrizione: numero di prestazioni sul numero di prescrizioni (escluse le modalità di accesso di Pronto soccorso, screening, libera professione, OBI, altro).

c) Indicatori Day Service

Indicatore di applicazione: numero di casi curati in DSA in rapporto con i ricoveri in DH non chirurgico e non oncologico. (Il valore dell'indicatore deve essere \geq a 1,5)

Indicatori di percorso

Durata media DSA: media dei tempi che intercorrono tra la data della prima e quella dell'ultima prestazione erogata nei casi di DSA.

Indice di Performance DSA: la percentuale (%) del numero dei casi di DSA con durata \leq ai 30 giorni per i percorsi diagnostici e \leq ai 90 giorni per i percorsi terapeutici sul totale dei casi DSA.

^{viii} Per ulteriori specifiche vedi il paragrafo C del presente Allegato

Le Aziende sono chiamate a garantire tale durata per almeno l' 80% dei casi di DSA.

Frequenza degli accessi: numero degli accessi per ogni caso in DSA. I casi con frequenza degli accessi ≤ 3 devono rappresentare almeno l'80% del totale dei casi.

Multidisciplinarietà: numero di discipline eroganti prestazioni per ogni percorso. La proporzione dei casi che coinvolgono un numero di discipline < 4 è stata proposta, in fase di prima analisi, inferiore al 20% del totale.

B) MONITORAGGIO dei TEMPI DI ATTESA: PUNTI CARDINE

Normativa di riferimento: DGR 1296/98 - CIRC 10/99 - CIRC 1/06 - CIRC 3/02 - CIRC 6/05

La valutazione dei tempi di attesa avviene utilizzando due modalità di rilevazione:

Rilevazione prospettica: l'oggetto di rilevazione è il *Tempo di attesa prospettato* ovvero il tempo, espresso in giorni, che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta la struttura (direttamente, telefonicamente, ecc.) per richiedere un appuntamento (data di prenotazione) e la data assegnatagli per l'effettuazione della prestazione. E' una modalità di rilevazione della durata di un periodo predefinito (ad es. una settimana lavorativa), ex ante, effettuata cioè prima della effettiva erogazione della prestazione.

Prestazioni da considerare:

- ◆ le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica (programmabili),
- ◆ prestazioni urgenti (24 ore) e urgenti differibili (7 giorni).

Prestazioni escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa:

- ◆ *visite/prestazioni di controllo*, intesi come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente,
- ◆ prestazioni inserite in programmi di *screening*^{ix},
- ◆ prestazioni in libera-professione intramuraria.

Rilevazione retrospettiva: l'oggetto di rilevazione è il *Tempo di attesa effettivo* ovvero il tempo, espresso in giorni, che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta la struttura (direttamente, telefonicamente, ecc.) per richiedere un appuntamento (data di prenotazione) e la data di erogazione della prestazione.

È una modalità di rilevazione ex post, effettuata cioè dopo l' effettiva erogazione della prestazione.

Essa è prevista nell'ambito del debito informativo (flusso ASA) che rende obbligatori i campi data di prenotazione e di erogazione.

Indicatori

Indice criticità per tempi di attesa Visite: la percentuale (%) del numero di Prime visite oggetto di monitoraggio regionale con modalità di accesso "programmabile" sul totale di Visite (Prime Visite e Controlli) in un anno.

^{ix} le prestazioni inserite in programmi di screening afferiscono all'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro nelle Attività di prevenzione rivolte alla persona

Indice criticità per tempi di attesa Diagnostica: la percentuale (%) del numero di prestazioni di Diagnostica oggetto di monitoraggio regionale con modalità di accesso "programmabile" sul totale delle prestazioni di Diagnostica in un anno.

Indice di Performance Prospettico (prestazioni programmabili): la percentuale (%) del numero di pazienti prenotati nella settimana indice con tempo di attesa \leq agli standard regionali (30 gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica) sul totale dei pazienti prenotati nella settimana indice con modalità di accesso "programmabile".

Il monitoraggio dei tempi prospettati, da garantire per almeno il 90% delle prenotazioni, sarà utile come indicatore di tendenza dell'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto del Piano, valutate sui tempi di attesa effettivi.

Indice di Performance Effettivo (prestazioni programmabili): la percentuale (%) delle prestazioni erogate entro i tempi di attesa standard regionali (30 gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica) sul totale delle prestazioni erogate con modalità di accesso "programmabile".

Le Aziende sono chiamate a garantire tali tempi per almeno il **90%** delle prestazioni elencate nel Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa e per almeno **l'80%** di tutte le altre prestazioni.

Indice di Performance Prospettico (prestazioni urgenti): la percentuale (%) del numero di pazienti prenotati nella settimana indice con tempo di attesa \leq ai 7 giorni sul totale dei pazienti prenotati nella settimana indice con modalità di accesso "urgente" ed "urgente differibile".

Indice di Performance Effettivo (prestazioni urgenti): la percentuale (%) delle prestazioni erogate entro i 7 giorni sul totale delle prestazioni erogate con modalità di accesso "urgente" ed "urgente differibile".

Indice di Offerta settimanale: numero di prestazioni offerte settimanalmente, rilevate nell'ambito del monitoraggio periodico, rapportato al numero dei residenti (x 10.000 ab.).

Indice di Offerta annuale: media dell' offerta settimanale delle rilevazioni del monitoraggio periodico proiettata nelle 48 settimane dell'anno sui residenti (x 1.000 abitanti).

Indice di Pressione Esterna: numero di pazienti in lista rapportato al numero di prestazioni offerte settimanalmente. Tale valore non dovrebbe essere superiore a 4 per le visite specialistiche e ad 8 per le prestazioni di diagnostica strumentale.

Prenotati 1° giorno su media settimanale: rapporto percentuale tra il numero di pazienti che hanno richiesto la prenotazione della prestazione nel 1° giorno della settimana di rilevazione e il valore medio giornaliero del numero di pazienti che hanno richiesto la prenotazione della prestazione nella settimana di rilevazione.

Analisi combinata per ciascuna tipologia di prestazione dei seguenti indici a valenza annuale: **Indice di Performance Prospettico**, **Indice di Offerta annuale**, e **l'Indice di Produzione^x**

^x vedi paragrafo c

C) PROGRAMMAZIONE: PUNTI CARDINE

Normativa e documenti di riferimento: DGR 293/05 - Dossier ASR 101/2004 "Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia Romagna."

Programma aziendale della specialistica ambulatoriale: ricognizione da parte dell' Azienda Sanitaria USL, in collaborazione con l'Azienda ospedaliera o l'IRRCCS di riferimento, del fabbisogno delle prestazioni specialistiche ambulatoriali relativo a ciascun distretto, delle azioni ritenute necessarie per soddisfare lo stesso e del livello territoriale di erogazione delle prestazioni (distretto, azienda USL, azienda ospedaliera, ambito sovraziendale).

Tale programma viene sottoposto al parere dei rispettivi Comitati di Distretto e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il Distretto, in quanto articolazione dell'Azienda USL che, in un definito ambito territoriale, governa l'assistenza territoriale, ha la responsabilità della funzione di committenza per rispondere alla domanda espressa dalla popolazione di riferimento, ed è pertanto deputato anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale a individuare la domanda attesa e a formulare il piano di committenza per il fabbisogno, per le prestazioni di base oltre che per quelle a livello aziendale o sovraziendale.

Indicatori

I metodi di analisi e i relativi indicatori di riferimento sono stati definiti e presentati nel "Rapporto sulla Specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia Romagna"

Punto di offerta: punto di erogazione di una disciplina presso una struttura pubblica o privata; rappresenta l'unità elementare di rilevazione dell'accessibilità alle prestazioni da parte dell'utente, misura la presenza fisica dell'ambulatorio specialistico espressione della disponibilità della struttura assistenziale.

Densità assoluta dell'offerta (DAO): numero punti di offerta in rapporto alla popolazione di riferimento.

Punto di offerta pesato: punto di offerta pesato sulla base del volume delle prestazioni erogate in relazione alla media regionale (posta uguale a 1) per ogni disciplina.

Densità dell'offerta pesata (DOP): numero punti di offerta pesati in rapporto alla popolazione di riferimento.

Indice di Mobilità passiva: percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali utilizzate dai residenti al di fuori del loro ambito territoriale di riferimento

Indice di produzione (IPROD): indica il numero di prestazioni erogate a residenti e non, rapportato ai residenti (x 1000 ab.)

Indice di consumo standardizzato (IC std): numero di prestazioni consumate dai residenti dell'azienda territoriale in una qualunque azienda sanitaria regionale o extraregionale, al netto della diversa composizione per età (x 1000 ab.).

D) ACCESSO: PUNTI CARDINE

Normativa di riferimento: CIRC 9/01 - DGR 1367/2001 - DGR 1686/02 - DGR 1182/05

Centro Unificato di Prenotazione (CUP): sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN e libera professione) con efficienza strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene all'erogazione delle prestazioni (sia per pazienti ambulatoriali che ricoverati), agli accessi e alle relative informazioni ai cittadini.

Agenda di prenotazione: unità minima che permette la gestione del sistema di offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definita con le seguenti specifiche: la prestazione, l'erogatore, la struttura, il calendario di apertura e le modalità di accesso.

Punto di prenotazione: struttura o sede di prenotazione che si può articolare in uno o più sportelli di prenotazione.

Sportello di prenotazione: singola postazione di prenotazione all'interno del Punto di prenotazione.

Monitoraggio dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (MAPS): Progetto che ha come obiettivi la ricognizione ed il monitoraggio delle modalità di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale per una analisi delle diverse soluzioni adottate nelle Aziende sanitarie nella gestione dell'accesso, nell'ottica della semplificazione.

Un ulteriore obiettivo è la realizzazione di un sistema informatico che consenta di gestire in modo semplice la rilevazione dei flussi delle aziende sanitarie di dati relativi ai tempi di attesa prospettici, oltre che predisporre la reportistica necessaria per l'analisi combinata ex ante-ex post.

Numero Verde Regionale: Numero telefonico unico del SSR (800 033 033) gratuito, rivolto a tutti i cittadini che richiedono informazioni riguardanti l'accesso ai servizi socio-sanitari dell'Emilia Romagna.

Progetto SOLE (Sanità On LinE): Il progetto SOLE consiste nella "Rete integrata ospedale-territorio nelle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna: I medici di famiglia e gli specialisti on line" con la finalità di realizzare una rete telematica di collegamento tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali per agevolare la comunicazione tra gli operatori sanitari e, di conseguenza, l'erogazione dei servizi supportando la continuità assistenziale e la semplificazione dell'accesso ai servizi per il cittadino.

Catalogo SOLE: Catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, realizzato da un Gruppo di lavoro regionale che grazie all'analisi di tutte le voci presenti nei cataloghi aziendali ha definito le singole prestazioni che debbono essere contenute in questo catalogo, prevedendo l'allineamento nel dettaglio, al Nomenclatore tariffario regionale. Il catalogo è funzionale ad uniformare le denominazioni delle prestazioni ai fini della prescrizione e ad agevolare le fasi di prenotazione delle prestazioni e di acquisizione informatizzata dei referti.

Schema tipo di rapporto: schema di sintesi sull'andamento delle attività della specialistica ambulatoriale, in particolare sui tempi di attesa e sulle azioni e gli strumenti messi a punto in ambito Distrettuale e Aziendale per il contenimento degli stessi.

Tale schema, redatto almeno ogni sei mesi dalle Aziende Usl, è finalizzato a garantire una comunicazione efficace in sede di Conferenza territoriale sociale e sanitaria, di Comitato di Distretto e con le altre rappresentanze dei cittadini.

Indicatori

Tipologia CUP: individua il livello di gestione della prenotazione: area vasta, provinciale, aziendale o subaziendale. Per ciascuna tipologia sono visibili tutte le prestazioni prenotabili (ovvero il totale dell'offerta) sull'intero territorio provinciale.

Gestione offerta CUP: percentuale (%) dell'offerta gestita a CUP sul totale delle prestazioni prenotabili.

Ore di apertura punto CUP: numero ore medie garantite di apertura giornaliera per punto di prenotazione CUP.

Giorni di apertura punto CUP: numero giorni garantiti nella settimana di apertura del punto di prenotazione.

Indice di copertura del servizio: n° comuni con CUP/ n° comuni totali x 100.

Indici di copertura della popolazione:

→ n° sportelli CUP rapportati alla popolazione di riferimento (x 10.000 ab.)

→ n° punti CUP rapportati alla popolazione di riferimento (x 10.000 ab.)

Inserimento privati accreditati nel sistema CUP: percentuale (%) del numero di privati accreditati la cui offerta viene gestita a CUP sul totale dei privati accreditati.

Inserimento a.i.p. nel sistema CUP: percentuale (%) attività libero professionale gestita a CUP sul totale dell'attività libero professionale.

E) APPROPRIATEZZA E INDICAZIONI CLINICHE PER PRIORITA' DI ACCESSO: PUNTI CARDINE

Normativa e documenti di riferimento: "I percorsi di accesso per le prestazioni ambulatoriali urgenti nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna"-luglio 2004 - CIRC 23/04 e successive integrazioni

a) Prestazioni urgenti:

L'accesso è subordinato alla presenza di impegnativa del medico prescrittore (dove sia esplicitamente dichiarata l'urgenza barrando la lettera U e l'urgenza differibile barrando la lettera B nel campo 'priorità della prestazione' della prescrizione) ed avviene di norma secondo le seguenti modalità:

→ Prenotazione a CUP (dove alcune aziende riservano dei posti per le urgenze nella prenotazione CUP)

→ Prenotazione presso gli ambulatori o i reparti (Posti a gestione diretta dell'Unità operativa)

→ Prenotazione tramite contatto diretto tra il Medico di Medicina Generale e lo specialista

Tali modalità di accesso possono variare tra le diverse Aziende e all'interno della stessa Azienda per una stessa prestazione.

All'interno delle Aziende deve essere comunque garantito il coinvolgimento di tutte le figure professionali interessate, Medici di Medicina Generale, Specialisti ambulatoriali convenzionati ed Ospedalieri per momenti di confronto e di verifica.

b) Indicazioni su criteri clinici di priorità:

In questi anni nella Regione Emilia Romagna sono stati effettuati lavori di analisi sulle prescrizioni ed elaborate linee guida sull'appropriatezza delle indicazioni cliniche per alcune prestazioni a maggior rischio di inappropriata o di superamento dei tempi di attesa. Viene riportato di seguito l'elenco dei documenti di riferimento.

- ✍ "Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco - color doppler: impatto sulle liste di attesa"- Dossier ASR 118/2006
- ✍ "Indicazioni per l'uso della Terapia anticoagulante orale e suo monitoraggio" - Servizio Assistenza Distrettuale febbraio 2004
- ✍ "Indicazioni all'utilizzo della FDG-PET in oncologia. Analisi critica della letteratura scientifica" - Dossier ASR 81/2003
- ✍ "Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di moc ed eco-color-doppler e impatto sui tempi di attesa"- Dossier ASR 79/2003
 - "Prestazioni di ecocolor Doppler dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori: indicazioni per il controllo dei tempi di attesa e per la definizione di percorsi con priorità di accesso" - Circolare 16/2002
- ✍ "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*"
- ✍ DGR 295/2002
 - "Individuazione dei criteri di erogazione delle tipologie di prestazioni previste dall'allegato 2b del DPCM
- ✍ 29-11-2001-Definizione dei livelli essenziali di assistenza" - DGR 1365/2002
- ✍ "Controllo dei tempi di attesa per le prestazioni di Densitometria ossea (DO) " - Circolare 21/2001
 - "Criteri per la definizione dei piani preventivi di attività relativamente al settore della assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e private". - Circolare 24/1997

F) SISTEMA INFORMATIVO: PUNTI CARDINE**Normativa riferimento: DGR 1296/98 - CIRC 10/99 - CIRC 3/02 - CIRC 6/05**

a) Flusso ASA: La Regione Emilia Romagna con la DGR 1296/98 ha anche istituito il Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) quale strumento fondamentale per la rilevazione sistematica delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie inerenti le prestazioni erogate nelle diverse Aziende Sanitarie.

Nel 1999 con la Circolare 10 viene attivato il flusso informativo e vengono rilevati i dati in forma aggregata mentre nel 2002 con la Circolare 3 vengono ridefiniti i criteri di rilevazione in modo da giungere al dato di dettaglio, analitico, in relazione agli erogatori, agli utenti e alle prestazioni.

Con la più recente Circolare 6 del 2005 sono state definite ulteriori specifiche tecniche.

L'oggetto del flusso informativo è l'assistenza specialistica ambulatoriale resa ai singoli pazienti esterni, in ambito ospedaliero e distrettuale, dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

L'identificazione delle prestazioni si effettua secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale.

b) Aggregazioni FA-RE: Dal 2000 è stato messo a punto un sistema di aggregazioni delle prestazioni (FA-RE), recentemente aggiornato, basato sull'attribuzione univoca di ciascuna prestazione presente nel Nomenclatore Tariffario ad uno specifico raggruppamento, utile ad analizzare l'attività erogata per tipologia di prestazione (es. diagnostica o terapeutica) o per altre condizioni di interesse come ad esempio le prestazioni

monitorate per tempi di attesa o le prestazioni di laboratorio monitorate per l'analisi dell'appropriatezza prescrittiva.

Tali raggruppamenti individuano 5 grandi tipologie di prestazioni: Visite, Prestazioni Diagnostiche, Prestazioni di Laboratorio, Prestazioni Terapeutiche, Prestazioni di Riabilitazione e ciascuna a sua volta è diversificata in ulteriori sottogruppi fino ad arrivare a 4 livelli di approfondimento.

Normativa di riferimento

- DGR. 410/1997**: "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe".
- Circolare 24/97**: "Criteri per la definizione dei piani preventivi di attività relativamente al settore della assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e private".
- D.Lgs n. 124/98**: "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449".
- DGR 1296/98**: "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione di un sistema informativo. Indicazioni in ordine all'applicazione del X e XII comma dell'art.3, del D.Lgs 124/98".
- Circolare 10/99**: "Attuazione direttiva n° 1296/98 per specialistica ambulatoriale: Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività di specialistica ambulatoriale; Indicazioni sui criteri di rilevazione delle liste di attesa e dei relativi tempi e sulle modalità di monitoraggio".
- DGR 2142/00**: "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali".
- DGR 593/2000**: "Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale".
- DGR. 2354/2001**: "Adeguamento all'introduzione all'euro dei tariffari per prestazioni ambulatoriali e per prestazioni rese dal Dipartimento di sanità pubblica e dall'Arpa".
- DGR 1367/01**: "Ridefinizione del progetto per la semplificazione dell'accesso da parte dell'utenza ai servizi sanitari regionali attraverso la costituzione di una rete telefonica dedicata, di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 2689/1999".
- DGR 3085/01**: "Approvazione degli accordi attuativi regionali ex dpr 270/2000".
- Circolare 9/01**: "Protocollo d'intesa con le OOSS –CGIL-CISL-UIL: Assistenza specialistica ambulatoriale: i tempi di attesa ed il governo delle liste di attesa".
- Circolare 21/2001**: "Controllo dei tempi di attesa per le prestazioni di Densitometria ossea (DO)".
- DPCM 29/11/2001**: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".
- Circolare 3/02**: "Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale".
- Circolare 16/2002**: "Prestazioni di ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori: indicazioni per il controllo dei tempi di attesa e per la definizione di percorsi con priorità di accesso".
- DGR 295/2002**: "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza.....".
- DGR 1365/2002**: "Individuazione dei criteri di erogazione delle tipologie di prestazioni previste dall'allegato 2b del DPCM 29-11-2001-Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- DGR 1686/02**: "Avvio del progetto 'rete integrata ospedale-territorio nelle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna: i medici di famiglia e gli specialisti on-line' in attuazione della delibera G.R.. n. 828/2002".
- Accordi del 14 febbraio e 11 luglio 2002 tra Governo, Regioni e Province Autonome**
- Nota prot. 50208/02**: "Sottoscrizione con le OOSS –CGIL-CISL-UIL: degli obiettivi 2002-2003 come prosecuzione degli impegni assunti con "protocollo d'intesa con le OOSS –CGIL-CISL-UIL: Assistenza specialistica ambulatoriale: i tempi di attesa ed il governo delle liste di attesa" (circ. 9/2001)".
- Nota prot. 5905/03**: "Legge finanziaria 2003: Adempimento ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: Liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali".
- Circolare13/03**: "Integrazioni alla Circolare Regionale n.3 del 07/02/2002 -Specifiche per il sistema informativo".
- DGR 896/03**: "Finanziamento del servizio sanitario regionale per l'anno 2003. Linee di indirizzo per la programmazione delle attività delle aziende sanitarie".
- Nota prot. 31976/03**: "Attuazione degli accordi aziendali dei medici specialisti ambulatoriali interni. Linee d'azione e obiettivi per il 2003-2004".

- DGR 262/2003**: "Modifica del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e determinazione delle quote di partecipazione alla spesa per le visite specialistiche".
 - Nota prot. 31554/04**: "Percorsi di accesso per le prestazioni ambulatoriali urgenti nelle aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna in attuazione al protocollo d'intesa con le OO.SS".
 - DGR 1280/04**: "Linee di programmazione e finanziamento del servizio sanitario regionale per l'anno 2004".
 - DGR 2678/04**: "Approvazione del programma assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione di livelli aggiuntivi".
 - Circolare 23/04**: "Indicazioni operative per la compilazione dei nuovi modelli di ricetta medica a lettura ottica previsti dall'art. 50 della Legge 326/03".
 - Circolare 8/04**: "Linee guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata (Day service ambulatoriale: DSA)".
 - Circolare 6/05**: "Specifiche tecniche relative alla trasmissione e ritorno informativo del flusso relativo all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) - anno 2005".
 - DGR 293/05**: "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno".
 - DGR 1182/05**: "Assegnazione finanziamenti all'ausl di Imola destinati alla realizzazione dei progetti ad alta tecnologia informatica a supporto delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali e alla loro gestione amministrativa e tecnica".
 - Circolare 1/06**: "Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (flusso TDA)"
 - DGR 1065/2006**: "Modifiche e integrazioni al nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche della branca di radioterapia".
-
-

LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

Edicola del Comunale S.n.c. – Via Zamboni n. 26 – 40127 Bologna

Libreria di Palazzo Monsignani S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)

Libreria del professionista – Via XXII Giugno n. 3 – 47900 Rimini

Nuova Tipografia Delmaino S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

Libreria Bettini S.n.c. – Via Vescovado n. 5 – 47023 Cesena

Libreria Incontri – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)

Libreria Feltrinelli – Via Repubblica n. 2 – 43100 Parma

Edicola Libreria Cavalieri – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>

MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

– Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo

– Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

Avvertenza – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.

L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.

La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.