

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 27 **del mese di** Giugno
dell' anno 2011 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Bortolazzi Donatella	Assessore
4) Freda Sabrina	Assessore
5) Gazzolo Paola	Assessore
6) Lusenti Carlo	Assessore
7) Marzocchi Teresa	Assessore
8) Melucci Maurizio	Assessore
9) Mezzetti Massimo	Assessore
10) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
11) Peri Alfredo	Assessore
12) Rabboni Tiberio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010-2012.

Cod.documento GPG/2011/925

Num. Reg. Proposta: GPG/2011/925

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed in particolare l'art. 15 quinquies, che fissa i principi cui deve attenersi la disciplina contrattuale nazionale nel definire il corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività istituzionale;
- 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 D.P.C.M. del 29 novembre 2001 con apposite linee-guida, di cui alla lettera b) del suddetto accordo;
- il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;
- 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;
- la legge 326/2003 articolo 50 inerente il flusso dell'attività specialistica ambulatoriale;
- 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 282 della legge n. 266/2005 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle

prestazioni disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della salute;

- l'articolo 1, comma 283 della suddetta legge n. 266/2005, che ha previsto 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 dalla stessa legge;

- l'articolo 1, comma 284 della medesima legge n.266/2005 che ha stabilito le sanzioni amministrative, da applicarsi da parte delle Regioni e province autonome, ai responsabili del divieto stabilito dal comma 282 del medesimo articolo 1 di "agende chiuse", nonché delle violazioni dell'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, 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 stabilisce che, per il triennio 2005-2007, le Regioni e le Province autonome hanno assolto 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 l'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 9 ha previsto l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;

- 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;

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, con la quale le regioni hanno adottato un Piano regionale attuativo

Vista l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che prevede:

- o **l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio Piano;**
- o **l'individuazione delle aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e la definizione dei relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;**
- o **che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio comprese quelle dei percorsi di cui sopra, nelle regioni interessate si applichino direttamente i parametri temporali determinati nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;**
- o l'utilizzo di una quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis della medesima legge, e di quelle previste nel Piano e-gov 2012 Obiettivo 4 - Progetto "Rete centri di prenotazione", anche al fine di realizzare il Centro Unico di Prenotazione (CUP) secondo le indicazioni delle linee guida nazionali del Ministero della Salute;
- o la valutazione ed il miglioramento **dell'appropriatezza prescrittiva;**
- o l'individuazione degli strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare: **il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni**

ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale; **il flusso informativo con modalità ex post**, attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori i campi di cui al punto 7.1.A; **il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri**; **il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici** nell'area cardiovascolare e oncologica; **il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria (ALPI)**; **il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali**;

- o la necessità di procedere, in via sistematica, al **monitoraggio della presenza sui siti web** di Regioni e Province Autonome e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate delle informazioni su liste e tempi di attesa;
- o le modalità per l'acquisizione di **prestazioni erogate in regime libero professionale** dai professionisti all'interno dell'Azienda nell'ambito del governo delle liste d'attesa;
- o il monitoraggio dell'ALPI per verificare **il rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria**;
- o la promozione **dell'informatizzazione** delle attività di prenotazione per le prestazioni erogate in **libera professione**, anche in osservanza a quanto previsto al paragrafo 2.3, punto 2.3.2 delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010;
- o la **ridefinizione delle modalità di certificazione** della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano **da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli** essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

Considerato, inoltre, che:

- sono state redatte da parte del Ministero della Salute in collaborazione con le regioni le **Linee guida sulle modalità di rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa**
- sono state approvate le **modalità di certificazione degli adempimenti LEA** da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza
- sono state redatte da parte dell'AGENAS in collaborazione con le regioni le **Linee guida sulle modalità di rilevazione della libera professione, la metodologia per il**

monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e relative patologie da monitorare

Viste:

- la propria deliberazione n.1296/1998 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 D.Lgs. 124/98;
- la propria deliberazione n. 557/2000 ad oggetto "Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo";
- la propria deliberazione n. 2142/2000 ad oggetto "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali";
- la propria deliberazione n. 54/2002 ad oggetto "Attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale. Direttiva alle Aziende sanitarie.";
- la propria deliberazione n. 293/2005 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 propria deliberazione n. 1180/2010 ad oggetto "Percorso di accreditamento delle strutture ambulatoriali private territoriali eroganti assistenza specialistica per esterni a seguito degli adempimenti di cui alla L. 296/06-fabbisogno anno 2010" per l'avviamento di nuovi procedimenti di accreditamento finalizzati a soddisfare l'ulteriore fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale;
- la propria deliberazione n. 1051/2006 "Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2006", con la quale è stato sostenuto finanziariamente il piano regionale di contenimento dei tempi di attesa;
- la propria deliberazione n. 1532/2006 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa" con la quale si è provveduto a:
 - adottare il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa;
 - stabilire che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, Ospedaliero-Universitaria e l'eventuale IRCCS di riferimento, predisponessero il proprio Programma attuativo aziendale da sottoporre al parere dei rispettivi Comitati di Distretto e della conferenza territoriale sociale e sanitaria;
- la propria deliberazione n. 73/2007 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa. Integrazione alla deliberazione n. 1532 del 06.11.06" con la quale si è provveduto a definire le linee guida "Regolamentazione della

sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni", per disciplinare le procedure per dare risposta a situazioni di forza maggiore che possono comportare una sospensione nell'erogazione delle prestazioni;

- la propria deliberazione dell'Assemblea legislativa del 22 maggio 2008, n. 175 "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010", in particolare al capitolo 3.5.2 "Accessibilità ai servizi e tempi di attesa", che ribadisce la necessità di sfruttare pienamente gli strumenti organizzativi e gestionali che consentono di migliorare il sistema di produzione;
- la propria deliberazione n. 1035/2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006" con la quale sono state date disposizioni alle Aziende USL di integrare il programma attuativo aziendale, disponendo, al fine di ottimizzare il raggiungimento dei risultati attesi, lo stanziamento di un finanziamento ad hoc, ed è stato dato il mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche sociali di istituire un Tavolo di coordinamento regionale con il compito di valutare le attività svolte dalle singole Aziende in tema di liste di attesa;

Ritenuto di recepire con il presente atto la citata Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, i cui contenuti sono analiticamente citati più sopra, attraverso la definizione di un programma regionale che tenga conto degli interventi già attuati da questa Regione con i provvedimenti sopra richiamati, focalizzando l'attenzione sulle azioni da implementare;

Richiamate le proprie deliberazioni di seguito indicate:

- n. 1684/2010, "Finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'anno 2010: riparti e assegnazioni a favore delle Aziende sanitarie", con la quale sono stati, tra l'altro, ripartiti a favore delle Aziende USL per l'anno 2010 euro 10.000.000,00 a sostegno dei programmi attuativi aziendali sul contenimento dei tempi di attesa;
- n. 732/2011, "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2011", che accantona la somma di 10.000.000,00 di euro per il perseguimento degli obiettivi previsti per l'annualità 2011 del presente piano, comprese le attività della rete regionale dei CUP (formazione, comunicazione, verifica, appropriatezza); tale somma viene ripartita tra le Aziende USL con il presente atto sulla base della quota di accesso alle risorse destinate al finanziamento dei livelli di assistenza di cui alla DGR 732/2011, così come riportato

nella tabella di cui all'allegato 2 parte integrante del presente atto, demandando a successivi provvedimenti, con i quali potranno altresì essere ridefinite ed integrate le azioni strategiche determinate con il presente piano, la definizione dei finanziamenti da destinare al successivo anno;

Richiamata la L.R. 26 novembre 2001, n. 43, "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e succ. mod.;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 1057/2006, recante "Prima fase di riordino delle strutture organizzative della Giunta regionale. Indirizzi in merito alle modalità di integrazione interdirezionale e di gestione delle funzioni.";
- n. 1663/2006, recante "Modifiche all'assetto delle Direzioni Generali della Giunta e del gabinetto del Presidente.";
- n. 1173/2009 "Approvazione degli atti di conferimento degli incarichi di livello dirigenziale (decorrenza 1.8.2009);
- n. 1377/2010 "Revisione dell'assetto organizzativo di alcune direzioni generali";
- n. 2416/2008, recante "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e ss.mm.;

Acquisito il parere favorevole della Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali espresso nella seduta del 27 giugno 2011;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute
a voti unanimi e palesi

Delibera

1. di recepire l'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, i cui contenuti si trovano analiticamente esposti nelle premesse, e di adottare il Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, **Allegato 1**, parte integrante del presente atto;
2. di disporre che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, adottino, entro 60 giorni dall'adozione del presente Piano regionale, un Programma attuativo aziendale in coerenza con quanto definito nel presente atto e che lo stesso venga trasmesso al Tavolo di coordinamento regionale istituito ai sensi della propria deliberazione n.

1035/2009 per la valutazione ai fini dell'erogazione della prima tranche di finanziamento per l'esercizio in corso;

3. di sostenere, per quanto in premessa esposto, l'attuazione del presente Piano regionale dando atto che la prima annualità è stata finanziata con propria deliberazione n. 1684/2010 e destinando, per l'anno 2011, la somma di euro 10.000.000,00, che viene ripartita fra le Aziende USL sulla base della quota di accesso alle risorse destinate al finanziamento dei livelli di assistenza di cui alla deliberazione di questa Giunta n. 732/2011 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2011", così come indicato nella tabella **Allegato 2** parte integrante del presente atto; il 50% verrà erogato alla presentazione del Programma attuativo aziendale, sia per la parte inerente la specialistica ambulatoriale sia per la parte inerente i ricoveri, mentre la restante parte alla verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati;
4. di demandare a successivi provvedimenti, con i quali potranno altresì essere ridefinite ed integrate le azioni strategiche determinate con il presente piano, la definizione dei finanziamenti da destinare al successivo anno di attuazione;
5. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT.

**PIANO REGIONALE DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA
PER IL TRIENNIO 2010-2012**

INDICE

Premessa

Assistenza specialistica ambulatoriale

1. Contesto di riferimento
2. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012
 - 2.1 Appropriatelyzza
 - 2.2 Strumenti funzionali al contenimento dei tempi di attesa in caso di criticità
 - 2.3 Flussi informativi
 - 2.4 Piano di Comunicazione
3. Elenco delle prestazioni ambulatoriali e tempi massimi di attesa

Assistenza in regime di ricovero

4. Contesto di riferimento
5. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012
 - 5.1 Appropriatelyzza
 - 5.2 Flussi informativi
 - 5.3 Piano di Comunicazione
6. Elenco delle prestazioni in regime di ricovero e tempi massimi di attesa
7. PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI (PDT) NELL'AREA CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA
8. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI
9. Tempi e fasi di attuazione

SCHEMA A - Schema per Piano di produzione aziendale

SCHEMA B – Cruscotto di monitoraggio: Indicatori

GLOSSARIO

Premessa

L'erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza; è infatti essenziale garantire un accesso adeguato in relazione alle condizioni cliniche valutate dal medico responsabile.

La Regione Emilia Romagna ha realizzato quanto previsto dall'intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 attraverso l'adozione del "Piano Regionale sul contenimento dei Tempi di attesa" (delibere di Giunta regionale n. 1532 del 6 novembre 2006 e n. 73 del 29 gennaio 2007) e per il biennio 2009-2010 attraverso l'adozione della "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006" (delibera di giunta regionale n. 1035 del 20 luglio 2009).

Nel triennio 2006-2008, la Regione, in collaborazione con le Aziende sanitarie, ha programmato una serie di interventi operativi in materia di contenimento dei tempi di attesa nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di ricovero, che hanno riguardato principalmente la definizione e l'adozione di strumenti finalizzati all'affermazione del diritto dell'utente all'accesso ai servizi sanitari entro gli standard definiti dalla normativa nazionale e regionale, alla definizione delle regole di accesso ed al miglioramento dell'appropriatezza.

Tali indicazioni sono state recepite dalle Aziende USL attraverso i rispettivi Programmi attuativi sul contenimento dei tempi di attesa, predisposti in collaborazione con l'Azienda ospedaliera o IRCSS di riferimento, ove presenti, e condivisi con la Conferenza territoriale, sociale e sanitaria di riferimento.

In particolare, per la **specialistica ambulatoriale** nel biennio 2009-2010 sono state implementate da parte di tutte le Aziende sanitarie azioni inerenti:

- la pianificazione annuale della produzione attraverso la razionalizzazione dell'offerta;
- il governo della domanda attraverso iniziative di verifica dell'appropriatezza prescrittiva;
- il miglioramento della gestione degli accessi attraverso l'ampliamento delle disponibilità nel sistema CUP;
- la gestione informatizzata nel processo prescrizione/prenotazione/refertazione;
- l'organizzazione della libera professione e la verifica delle relative liste di attesa rispetto all'attività istituzionale;
- il monitoraggio dei tempi di attesa su tutte le prestazioni di primo accesso (urgenti e programmabili) con particolare attenzione a quelle oggetto del Piano regionale.

Per quanto attiene le **prestazioni di ricovero** le Aziende Sanitarie hanno raggiunto un buon livello di informatizzazione delle agende di prenotazione che rappresenta un importante prerequisito per una gestione trasparente dell'accesso alle prestazioni ed un elemento sostanziale per l'evidenziazione e l'analisi delle criticità nella gestione delle liste. A supporto di una programmazione attenta dell'attività si è sviluppato una tassonomia comune delle prestazioni programmate che consentirà, a regime, una lettura sovra-aziendale dei dati prospettici all'interno di un cruscotto (sistema integrato di gestione delle liste d'attesa).

Sia per l'ambito ambulatoriale che di ricovero le prestazioni oggetto di monitoraggio indicate nel Piano nazionale (accordo Stato Regioni 2010-2012) sono state individuate anche a partire dall'esperienza sperimentale di monitoraggio dei tempi di attesa svolta dall'AgeNaS in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006. In particolare, sono state escluse dall'elenco di cui al PNCTA 2006-2008 alcune prestazioni che nelle rilevazioni attuate:

- non hanno presentato alcun problema di attesa nella maggioranza delle regioni;
- presentavano volumi dell'erogato talmente limitati da ridurre il valore aggiunto dell'informazione raccolta a livello di sistema, oltre a renderla facilmente sensibile a fattori contingenti;
- non rendevano possibile un'identificazione precisa ed affidabile;
- non erano erogate nel setting (ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario) previsto.

Sono state, invece, incluse alcune prestazioni che sono risultate critiche o che sono funzionali ad una visione completa dell'ambito osservato.

Sono da intendersi non incluse nel presente piano le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva per le quali i medesimi piani regionali abbiano previsto modalità di offerta attiva e di fissazione degli appuntamenti.

Una novità sostanziale dell'Accordo Stato regioni del 28 ottobre 2010 è il monitoraggio dei **percorsi diagnostico terapeutici (PDT)** relativi all'area oncologica e all'area cardiovascolare.

Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato il proprio percorso diagnostico terapeutico in tempi congrui.

I tempi massimi d'attesa per ciascun percorso diagnostico terapeutico, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la formulazione della diagnosi clinica e 30 giorni per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica per almeno il 90% dei pazienti, secondo le indicazioni previste dalla metodologia predisposta dall'AGENAS, in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute e che saranno oggetto di una specifica circolare regionale.

Assistenza specialistica ambulatoriale

1. Contesto di riferimento

La produzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella Regione Emilia Romagna è progressivamente aumentata dal 2005 al 2008, con incrementi pari al 17% inerenti in particolare l'attività di laboratorio e di diagnostica per immagini mentre nel biennio 2008-2009 si sono evidenziati dei volumi di attività pressoché stabili con un decremento pari al 5% nella riabilitazione (soprattutto nella terapia fisica viste le limitazioni dai livelli essenziali di assistenza) e al 2% nel laboratorio dovuto ad interventi per l'appropriatezza (**Tabella 1**).

Tabella 1. Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in Regione Emilia-Romagna
-Fonte ASA

Tipologia di prestazioni	2005	2006	2007	2008	2009	2010
VISITE	7.662.503	8.095.696	8.290.785	8.643.283	8.658.952	8.840.973
DIAGNOSTICA	6.374.340	6.718.408	7.127.744	7.443.650	7.603.616	7.916.462
LABORATORIO	46.606.243	50.441.379	50.180.172	54.604.378	53.369.501	54.820.547
RIABILITAZIONE	2.065.306	2.224.156	2.100.014	2.118.272	2.003.156	2.039.150
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	2.239.504	2.333.113	2.347.265	2.396.114	2.498.413	2.391.145
TOTALE COMPLESSIVO	64.947.896	69.812.752	70.045.980	75.205.697	74.133.638	76.008.277

Nel complesso, nel 2010, l'attività specialistica ambulatoriale è incrementata del 3% rispetto al 2009: le visite specialistiche e l'attività di riabilitazione sono aumentate del 2%, la diagnostica del 4%, mentre gli interventi sull'appropriatezza nel caso di prestazioni terapeutiche si sono tradotti in un decremento dell'attività erogata pari al 4 %.

Per quest'ultima tipologia di attività, l'incremento del 3%, osservato nel 2009 rispetto al 2008, che ha riguardato la radioterapia, dialisi e chirurgia ambulatoriale è stato determinato anche dal trasferimento a livello ambulatoriale di alcuni interventi chirurgici, prima eseguiti quasi esclusivamente in regime di Day Surgery.

Nel 2010 sono state erogate quasi 6 milioni di prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa, che nel corso degli anni hanno seguito lo stesso andamento delle visite o prestazioni diagnostico strumentali totali come sopra evidenziato.

Tali prestazioni monitorate rappresentano il 35% rispetto al totale delle visite e della diagnostica ed il 25% rispetto al totale dell'attività specialistica ambulatoriale (escluso il laboratorio).

Una costante attenzione all'assistenza specialistica ambulatoriale si è tradotta in interventi finalizzati a migliorare tale modalità assistenziale.

In particolare l'attenzione si è focalizzata sulle modalità di accesso in un'ottica di semplificazione, sul sistema informativo per il governo di tale attività e sulla definizione del rapporto tra fabbisogno rilevato e accreditamento, in modo da garantire una programmazione regionale adeguata ai bisogni e alla necessità di contenere i tempi di attesa .

Nel 2009, la Regione ha adottato la **delibera n. 1035/2009**, che ha avuto tra le caratteristiche più rilevanti l'individuazione di strumenti specifici per il contenimento dei tempi di attesa e la definizione di un quadro più complessivo di governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, da attuare attraverso il confronto degli aspetti organizzativi, di programmazione e monitoraggio, a livello aziendale (anche attraverso una funzione specifica del Collegio di Direzione), provinciale, di area vasta e regionale.

Sono state incentivate azioni di responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti nel processo di governo e di fruizione dell'assistenza specialistica ambulatoriale definendo specifici ruoli a livello di Azienda sanitaria e di Area Vasta.

In particolare a livello di Azienda sanitaria sono state declinate le seguenti funzioni:

- Direzione Aziendale: coordinamento e sostegno dei responsabili delle varie fasi del processo a garanzia della coerenza delle azioni inerenti il governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- Direzione Sanitaria: responsabilità del corretto svolgimento del processo di governo e gestione dei tempi di attesa;
- Direzione di Distretto: funzione di committenza e di valutazione del fabbisogno;
- Direzione dei Dipartimenti: funzione di organizzazione della produzione adeguata alla domanda rilevata;
- Responsabile della specialistica ambulatoriale: funzione di supporto operativo e di raccordo tra le diverse articolazioni aziendali secondo le relative aree di competenza.

A livello di Area Vasta è stato costituito un Tavolo di lavoro da parte del Direttore Generale Coordinatore di Area Vasta composto da:

- Direzioni Sanitarie;
- Direzioni di Distretto;
- Altre professionalità secondo l'organizzazione adottata e le tematiche affrontate.

Mentre a livello regionale è stato istituito un Tavolo di coordinamento composto da:

- Un Direttore Sanitario per Area Vasta;

- Un Direttore di Distretto per Area Vasta;
- Direttore dell’Agenzia Sanitaria e Sociale regionale;
- Responsabile del Servizio Presidi ospedalieri della Direzione regionale Sanità e Politiche sociali;
- Responsabile del Servizio Assistenza distrettuale della Direzione regionale Sanità e Politiche sociali;
- Collaboratori regionali con specifiche competenze;

con il mandato di valutare nei diversi ambiti aziendali:

- la correttezza della stima del fabbisogno;
- la congruità delle azioni a sostegno della produzione;
- la conformità alle regole delle modalità di prenotazione;
- il rispetto dei tempi di attesa;
- i Programmi attuativi aziendali sul contenimento dei tempi di attesa.

Le Aziende sanitarie hanno recepito le indicazioni della delibera 1035/2009 nei rispettivi Programmi attuativi aziendali previa consultazione e validazione degli stessi da parte delle rispettive Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

Tali Programmi, predisposti ad integrazione di quelli già definiti in attuazione della DGR 1532/06, sviluppati sul versante dell’assistenza specialistica ambulatoriale, sono stati poi approvati dal Tavolo di Coordinamento regionale.

Per il monitoraggio dell’attività sono stati condivisi indicatori quantitativi circa l’analisi dell’attività erogata, offerta e prospettata in sede di prenotazione e indicatori qualitativi per l’analisi dell’appropriatezza (vedi **SCHEMA B**).

Complessivamente nel triennio 2008-2010 i principali interventi hanno riguardato:

azioni sull’appropriatezza e programmazione: alla luce del fatto che, come noto, sui tempi di attesa ha notevole impatto l’appropriatezza degli accessi alle prestazioni, si è focalizzata l’attenzione sulla razionalizzazione dell’offerta aziendale (attraverso la predisposizione di uno schema univoco del piano di produzione), sul miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva (obbligatorietà dell’indicazione delle classi di priorità e del quesito diagnostico ed utilizzo di un catalogo di prestazioni condiviso a livello regionale) anche attraverso un lavoro di omogeneizzazione delle specifiche delle cartelle dei prescrittori che devono rispondere ad una serie di requisiti minimi definiti dalla regione (es. warning per le visite prescritte o refertate nei 6 mesi precedenti, linee guida e alert di aiuto alla prescrizione, gestione delle esenzioni ecc.); sono state emanate indicazioni di erogabilità per le prestazioni di mammografia clinica, ampliando le classi di età per accedere allo screening mammografico, e per l’accesso alla diagnostica urgente nei casi di patologia mammaria sintomatica (DGR 1035/2009); sono state approvate le linee guida relative ai percorsi per la valutazione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella (DGR 220/2011); sono state, inoltre, recepite le condizioni di erogabilità per le prestazioni di densitometria ossea in attuazione del DPCM del 5 marzo 2007 di integrazione agli allegati 1 e 2 del DPCM del 29 novembre 2001 sui LEA (DGR 1752/2008 e DGR1035/2009);

regole uniformi di accesso ai servizi: la Regione, attraverso i lavori del gruppo tecnico “Governo dell’offerta”¹ ha perseguito l’obiettivo di pervenire a forme di coordinamento interaziendale per

¹ Determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 2394 dell’1/3/2007 e successive modificazioni e integrazioni

assicurare lo sviluppo omogeneo dei sistemi CUP², nell'ottica di una rete regionale di CUP provinciali (mediante un CUP Integratore), anche al fine di dare risposte adeguate ed omogenee ai cittadini, individuare specifiche di sistema utili per il governo dell'intera offerta in ambito aziendale, formulare proposte di implementazione in supporto al Piano regionale per il contenimento dei Tempi di Attesa oltre che ai Programmi aziendali, condividere le modalità di attuazione delle azioni utili alla semplificazione dell'accesso del cittadino (sistemi CUP, CUPWEB, CUP integratore, sistemi di pagamento, Pagonline, ecc...vedi il **GLOSSARIO**);

indicazioni organizzative per l'erogazione di percorsi a pazienti complessi: al fine di facilitare l'accesso ai cittadini sono state aggiornate le indicazioni regionali per l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service ambulatoriale (DSA), una modalità organizzativa finalizzata, attraverso la creazione di percorsi predefiniti, al trattamento dei casi clinici acuti o cronici che richiedono prestazioni complesse, al fine anche di ridurre gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso nonché uniformare la compartecipazione alla spesa del cittadino secondo le indicazioni regionali (DGR 1803/2009);

monitoraggio dei tempi di attesa: ha riguardato tutte le prestazioni specialistiche con particolare riferimento a quelle previste dal Piano nazionale e dal Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa. Sono stati analizzati sia i tempi di attesa effettivi che quelli prospettici secondo le modalità previste nelle delibere di giunta regionali 1532/06 e 1035/09. Dal 2009 i tempi di attesa vengono rilevati distinguendo l'Ambito di garanzia dell'utente, a seconda che la prenotazione venga o meno effettuata nell'ambito territoriale di riferimento e viene inoltre evidenziata l'eventuale diversa scelta dell'utente al di fuori di questo ambito. La valutazione dei tempi di attesa avviene quindi considerando ciascun Ambito di garanzia (distrettuale, sovradistrettuale e aziendale) e non la singola struttura erogante;

condizioni di erogabilità in pronto soccorso: con la deliberazione di giunta regionale n. 389/2011 sono entrate in vigore regole per l'accesso al pronto soccorso ad integrazione delle indicazioni contenute nella deliberazione n. 1035/2009. In particolare sono state ridefinite le condizioni per le quali non è prevista la partecipazione alla spesa, (punto 3.2.1 dell'allegato1 della DGR 1035/2009) relative ai pazienti che presentano quadri patologici che debbano essere affrontati urgentemente, non lasciando margine di tempo utile per accedere a visita specialistica urgente tramite il proprio medico curante, e che, andando il più delle volte verso una rapida risoluzione, possono essere dimessi direttamente dai servizi di pronto soccorso, senza necessità di ulteriore osservazione e/o di ricovero. Tali indicazioni sono state aggiornate con DGR 389/2011;

monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione: attraverso l'adozione della deliberazione di giunta regionale n. 73/2007 sono state recepite le linee guida "Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni" prodotte dal Mattone nazionale "Tempi di attesa" ed è stato istituito il monitoraggio con cadenza semestrale delle sospensioni di attività di erogazione nelle Aziende USL ed Ospedaliere delle prestazioni previste dal Piano nazionale e dal Piano regionale. L'applicativo MAPS (vedi **GLOSSARIO**), utilizzato per il monitoraggio dei tempi di attesa prospettici è stato dotato di nuove funzionalità atte alla registrazione in tempo reale da parte dell'Azienda sanitaria dell'evento di sospensione dell'attività;

regolamentazione dell'attività libero professionale:

la programmazione e la verifica dell'attività ha avuto la finalità, da parte di ciascuna Azienda sanitaria, di garantire l'equilibrio tra il regime istituzionale e in libera professione, come esplicitato nella DGR 1035/2009;

² Circolare regionale n. 10 del 23/10/07 "Linee Guida del Sistema CUP" e Delibera di Giunta regionale n. 748/2011

“Il verificarsi di squilibri significativi tra le liste d’attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale sulla base dell’atto di indirizzo e coordinamento adottato con DPCM del 27/3/2000, della Legge n. 120 del 3/8/2007, come ribadito nella DGR 200/2008 pone l’Azienda nelle condizioni di sospendere l’esercizio della libera professione per i professionisti dell’equipe. La sospensione è temporanea e si accompagna alla pianificazione degli strumenti organizzativi e strutturali necessari a riportare il sistema in equilibrio e a garantire ai professionisti il diritto all’esercizio della libera professione e ai cittadini l’opportunità di usufruirne. La sospensione dell’attività libero professionale non può protrarsi per più di 2 mesi e non si può effettuare per più di 6 mesi all’anno, dal momento che essa deve essere un evento eccezionale, che richiama il SSR nel suo insieme, nelle sue componenti professionali e direzionali, all’adeguamento del piano di produzione alle necessità organizzative presenti localmente. La sospensione dunque non è una soluzione, ma un indicatore di inadeguata performance, rispetto alle attese della popolazione e agli obbiettivi posti.”

E’ necessario regolamentare i volumi di attività e i tempi di attesa affinché il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non di carenza nell’organizzazione dei servizi resi nell’ambito dell’attività istituzionale.

Nella redazione dei Piani di Produzione 2010 le Aziende sanitarie sono state chiamate a distinguere in modo puntuale, per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio, i volumi offerti in regime istituzionale da quelli offerti in regime di libera professione e a curare la completezza dei dati da trasmettere al flusso informativo dell’assistenza specialistica ambulatoriale (ASA) al fine di confrontare i volumi di attività;

comunicazione:

ciascuna Azienda sanitaria ha definito il proprio piano di comunicazione con particolare riferimento all’accessibilità dell’offerta, alle eventuali innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione (servizio sanitario nazionale e libera professione) e alle regole a tutela dell’equità e della trasparenza;

a livello aziendale e regionale sono state avviate azioni di comunicazione nei confronti dei rappresentanti dei cittadini (parti sociali, associazioni di tutela e volontariato) sull’utilizzo dei servizi ed esplicitazione sui diritti, corrette aspettative e doveri da parte dell’utenza. Ad esempio il cittadino, nel caso di impossibilità a presentarsi per l’appuntamento, è tenuto a dare disdetta della prenotazione secondo le indicazioni e le modalità predisposte e rese note dall’Azienda sanitaria;

a livello regionale sono state pubblicate le modalità organizzative aziendali, le regole di accesso, diritti e doveri dei cittadini attraverso il portale sui tempi di attesa (www.TDAER.it), in cui sono stati resi evidenti i tempi di attesa per le prestazioni programmabili e per le prestazioni urgenti differibili con il dettaglio degli ambiti di garanzia e le relative strutture eroganti.

Sul portale **CUPWEB** è prevista la possibilità di prenotare via web le prestazioni specialistiche messe a disposizione da parte delle Aziende sanitarie regionali secondo regole omogenee e condivise, e di verificare l’erogabilità ed il primo appuntamento disponibile per tali prestazioni.

2. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012

Sia per l’assistenza specialistica ambulatoriale che per l’assistenza in regime di ricovero per il triennio 2010-2012 si confermano tutte le indicazioni contenute nelle delibere di giunta regionale n. 1532/2006, n. 73/2007 e n. 1035/2009 con le integrazioni contenute nel presente Piano regionale.

E’ previsto proseguire e sviluppare le azioni intraprese negli ultimi anni con particolare riferimento al miglioramento dell’appropriatezza e al completamento dei piani di comunicazione, temi questi che devono essere approfonditi anche nella stesura dei Programmi attuativi aziendali.

2.1 Appropriatelyzza

L'appropriatelyzza costituisce uno dei temi prioritari su cui le Aziende sanitarie devono sviluppare interventi per il governo dei tempi di attesa.

In questi anni, le Aziende sanitarie hanno già messo in campo azioni mirate a tale scopo, con il coinvolgimento dei professionisti così come mostrato nei programmi attuativi aziendali in applicazione alle indicazioni regionali. Nel triennio di applicazione del presente Piano, a sviluppo di quanto già attuato, le azioni sull'appropriatelyzza dovranno riguardare i tre aspetti:

- **Appropriatelyzza prescrittiva**
- **Appropriatelyzza organizzativa**
- **Appropriatelyzza erogativa (comprese le prestazioni a rischio di inappropriatelyzza in regime di Day Surgery)**

Appropriatelyzza prescrittiva

Gli incrementi della domanda di salute di una cittadinanza sempre più anziana, sempre più attenta al valore-salute, ai progressi scientifico-tecnologici, rendono necessari interventi efficaci sul versante dell'offerta di assistenza sanitaria pubblica.

In questo ambito si colloca il tema della corretta compilazione delle richieste di prestazioni specialistiche allo scopo di ottimizzare le scelte operative nell'interesse del bisogno di salute del paziente e di promuovere strumenti che utilizzino uno stesso linguaggio (ad esempio il Catalogo SOLE) funzionali a tutti gli operatori.

Nel corso di questi anni il miglioramento dell'appropriatelyzza prescrittiva è stato un obiettivo di tutte le Aziende sanitarie regionali e alcune di queste hanno avviato azioni che hanno determinato effetti positivi sul governo e sul contenimento dei tempi di attesa.

Le azioni hanno riguardato l'elaborazione di protocolli diagnostici basati sulle evidenze su patologie individuate come prioritarie, la verifica, su base campionaria, della corretta compilazione delle richieste di prestazioni (presenza quesito diagnostico o motivazione clinica e priorità di accesso) ed interventi mirati per verificare la congruità delle richieste rispetto a protocolli condivisi dei professionisti.

Questo è stato possibile grazie all'attivazione di gruppi formalizzati di lavoro aziendali o interaziendali (ove presente l'Azienda ospedaliera o IRCSS) composti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri dell'Azienda USL, specialisti ospedalieri dell'Azienda ospedaliera, specialisti ambulatoriali convenzionati, specialisti delle strutture private accreditate, medici di Direzione sanitaria, Medici di organizzazione.

Tali esperienze aziendali sono oggetto di valutazione da parte del Tavolo di coordinamento regionale per affinare e diffondere gli strumenti e le buone pratiche.

In sintesi le verifiche delle prescrizioni riguardano:

- la formulazione del quesito diagnostico
- l'indicazione della priorità di accesso coerente con quanto concordato nel protocollo
- il corretto invio a prime visite o a controlli.

In considerazione del fatto che la prescrizione presuppone appropriatelyzza dal punto di vista clinico (con coerenza tra sospetto diagnostico, prestazione prescritta e priorità di accesso) e accuratezza rispetto a requisiti di chiarezza e completezza, l'identificazione delle classi di priorità sulle prescrizioni spetta al prescrittore.

Trattandosi di un atto sanitario a garanzia dell'appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e non di un mero atto formale e burocratico, la richiesta di indagine, prestazione o visita specialistica deve sempre riportare il quesito diagnostico formulato dal medico prescrittore, come previsto dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale (art. 51, punto 2), per la Pediatria di Libera Scelta (art. 50, punto 2), per la Medicina Specialistica Ambulatoriale (art. 28, punto 2).

Solo nel caso in cui il paziente richieda espressamente che tale informazione (ovvero il quesito diagnostico) non compaia (nella ricetta), è necessario apporre sulla stessa la formula "... omessa diagnosi su esplicita richiesta del paziente..." (o l'acronimo convenzionale "O.D.") ed indicare diagnosi o sospetto in foglio separato ed in busta chiusa.

Grazie al completamento dell'informatizzazione degli ambulatori e al supporto dell'infrastruttura regionale SOLE di omogeneizzazione delle denominazioni delle prestazioni ai fini della prescrizione (catalogo univoco regionale di prestazioni specialistiche ambulatoriali), è facilitata la trasmissione telematica delle ricette al Ministero dell'Economia e delle Finanze così come previsto dalle indicazioni del DPCM del 26/03/2008 e del DM del 21/02/2011, recepite dalla Circolare regionale n. 8/2011 avente per oggetto "Circolare trasmissione telematica delle ricette al MEF (DPCM 26/03/2008)".

La corretta compilazione della richiesta è anche presupposto fondamentale per effettuare una corretta interpretazione della prescrizione in sede di prenotazione, in coerenza anche con quanto stabilito dalle Linee guida nazionali sul CUP (recepite a livello regionale con DGR 748/2011).

La responsabilità dell'erogazione delle prestazioni secondo le tempistiche indicate dalle classi di priorità della prescrizione rientra tra le competenze delle Aziende sanitarie in coerenza con le indicazioni sul governo dei tempi di attesa.

Appropriatezza organizzativa

Relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, risulta necessario, da parte delle Aziende sanitarie, proseguire nella pianificazione dell'offerta di prestazioni nei diversi regimi di erogazione (servizio sanitario nazionale, libera professione) nelle diverse modalità di accesso (prestazioni urgenti, programmabili, accesso diretto, prestazioni di completamento diagnostico, agende dedicate per i follow up per le patologie croniche con particolare riferimento alle patologie oncologiche, percorsi semplici di presa in carico), ed attraverso il consolidamento dei percorsi di Day Service ambulatoriale (DSA).

Il monitoraggio della tipologia di percorsi di Day Service ambulatoriali che vengono avviati e formalizzati da parte di ciascuna Azienda e dell'attività erogata avviene attraverso l'analisi dei dati del flusso della specialistica ambulatoriale.

Si precisa inoltre che le prestazioni di completamento diagnostico sono quelle che vengono erogate contestualmente in aggiunta alla prestazione/i oggetto della prescrizione.

Nel corso del 2011 verrà formalizzato un apposito Gruppo di lavoro per confrontare i percorsi di DSA e verificarne la riproducibilità.

Con la deliberazione di giunta regionale n. 2142/00 "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" sono state definite in maniera condivisa tra professionisti le responsabilità derivanti dal ruolo assunto, nei vari momenti prescrittivi, dallo specialista ospedaliero, territoriale e dal MMG ed è stato riconosciuto il ruolo centrale dello specialista ospedaliero e territoriale nell'ambito della gestione dei percorsi attivati dal MMG. Sono stati inoltre introdotti procedure e strumenti concordati, tesi a rendere operativo un modello organizzativo della specialistica ambulatoriale che faciliti le prenotazioni e i percorsi dei cittadini superando la frammentazione degli accessi (percorsi ambulatoriali semplici/Day Service ambulatoriale).

In questi anni il consolidamento della rete SOLE con collegamento telematico (visibilità prescrizioni, referti) tra specialisti e medici di medicina generale/pediatri di libera scelta permette di sviluppare ulteriormente questo modello organizzativo, favorendo la comunicazione e il confronto tra specialista e MMG sui referti di completamento diagnostico e l'analisi dei percorsi attivati per specifiche condizioni.

Con queste premesse, è prevista una sperimentazione, condivisa con il Tavolo di coordinamento, da parte dell'Azienda USL di Bologna, per individuare le modalità ed i criteri utili

a differenziare l'accesso per prestazioni che afferiscono a percorsi diagnostici complessi e/o di presa in carico (dai percorsi semplici ai percorsi di Day Service ambulatoriale) rispetto a prestazioni di primo inquadramento diagnostico.

Tale sperimentazione verrà monitorata secondo specifiche modalità attraverso i flussi regionali correnti (ASA, MAPS vedi **GLOSSARIO**) e analizzata dal Tavolo di coordinamento che ne valuterà i risultati e gli impatti sul cittadino.

Appropriatezza erogativa (comprese le prestazioni a rischio di inapproprietezza in regime di Day Surgery)

E' in corso di adozione l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni erogabili nell'assistenza specialistica ambulatoriale, in attuazione del DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)"³ che, al fine di razionalizzare e incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, individua con l'allegato A, una lista di prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza in regime di Day Surgery – trasferibili in regime ambulatoriale.

2.2 Strumenti funzionali al contenimento dei tempi di attesa in caso di criticità

Si elencano alcuni strumenti funzionali al contenimento dei tempi di attesa indicati a livello regionale:

- aggiornamento degli ambiti di garanzia (dichiarati nel 2008 ed aggiornati nel 2010) entro i quali a seconda della tipologia di prestazione, individuata o no come di base, l'Azienda è tenuta a garantire i tempi massimi stabiliti;
- andamento dei tempi di attesa confrontati con i volumi pianificati;
- eventuali strategie di modulazione temporale della produzione attraverso l'utilizzo di strumenti contrattuali (in attuazione dell'art. 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002) come ad es. l'utilizzo delle 26 ore annuali derivanti dalle ore dedicate all'aggiornamento, l'utilizzo dell'esternalizzazione delle guardie nella misura percentuale prevista dal contratto;
- identificazione dei Percorsi di garanzia, ovvero percorsi che devono essere attivati dalle Aziende sanitarie con gli erogatori pubblici e privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa;
- revisione continua delle agende di prenotazione: separazione delle prime visite, dei controlli, dei follow up, tipologie e volumi di prestazioni non presenti a CUP, apertura continua delle agende, overbooking; trasparenza delle modalità prenotative dell'attività libero professionale secondo le indicazioni presenti nella delibera di giunta regionale n. 748/2011;
- possibilità di sospendere l'esercizio della libera professione per i professionisti dell'equipe, come previsto dalla normativa vigente (DGR 1035/2009, DGR 200/2008, DGR 54/2002, Legge n. 120 del 3/8/2007, DPCM del 27/3/2000, D.Lgs. 502/92), nel caso si verificano squilibri significativi tra le liste di attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale.

³ in particolare l'Allegato 2c e l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (Repertorio n.243/csr) ed in particolare l'art.6, comma 5

2.3 Flussi informativi

Al fine di monitorare e valutare i tempi di attesa inerenti sia l'attività specialistica ambulatoriale che di ricovero, va garantita, da parte di ciascuna Azienda Sanitaria la qualità e la completezza dei dati da trasmettere nei flussi informativi regionali. A tal fine la Regione provvede a rendere note alle Direzioni aziendali elaborazioni trimestrali di controllo dei dati per favorire il miglioramento della qualità della rilevazione sulle variabili rispetto a carenze riscontrate.

Di seguito si descrivono i flussi informativi regionali funzionali ad assolvere il debito informativo indicato dal Piano nazionale:

- flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA) per i tempi effettivi. In questo caso si fa riferimento a rilevazioni con periodicità di analisi differenti con un'unità minima mensile. L'analisi della percentuale di prestazioni garantite entro i tempi massimi di attesa al fine del raggiungimento dell'obiettivo viene fatta su base annuale.
- applicativo MAPS per i tempi di attesa prospettici. In questo caso si fa riferimento a rilevazioni trimestrali su una settimana indice.

Per le specifiche si rimanda al **GLOSSARIO**

2.4 Piano di Comunicazione

Una migliore informazione dei diritti e dei doveri e delle scelte adottate da parte delle Aziende sanitarie, in un rapporto stabile e trasparente con i cittadini è un primo e fondamentale strumento di miglioramento delle performance dei tempi di attesa regionali.

A completamento della campagna di comunicazione già avviata, articolata a livello regionale e locale e rivolta ai cittadini e ai professionisti, si indicano tre filoni di sviluppo:

1. **Sviluppo dei piani di comunicazione** da parte delle **Aziende** sanitarie con particolare riferimento all'accessibilità dell'offerta, alle eventuali innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione (servizio sanitario nazionale, libera professione) e alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza; presenza nei portali aziendale del collegamento al portale regionale sui tempi di attesa www.TDAER.it.
2. **Sviluppo delle azioni di comunicazione** nei confronti dei **rappresentanti dei cittadini** (parti sociali, associazioni di tutela e volontariato) sull'utilizzo dei servizi. Esplicitazione dei diritti e adeguate aspettative.
3. **Sviluppo** delle analisi degli strumenti di diffusione delle informazioni e aumento della coerenza e qualità della comunicazione di tutto l'ambito regionale: pubblicazione delle modalità organizzative di accesso alle prestazioni, dei diritti e doveri dei cittadini, delle modalità di prenotazione e di erogazione adottate a livello di singola Azienda sanitaria attraverso la divulgazione di locandine presso i CUP, presso gli ambulatori degli specialisti e dei MMG/PDL, presso i portali aziendali, presso il **portale regionale sui tempi di attesa** www.TDAER.it, CUPWEB, SALUTER.

3. Elenco delle prestazioni ambulatoriali e tempi massimi di attesa

Nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche deve essere previsto l'uso sistematico delle classi di priorità così come previsto nel Disciplinary tecnico del comma 5 dell'art. 50 della legge 326/2003. Nell'ambito del Servizio Sanitario regionale le classi di priorità sono così definite:

- U (urgente), da eseguire entro 24 ore
- B (urgente differibile), da eseguire entro 7 giorni
- D (programmabili), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
- P (Programmata)

Si precisa che le prestazioni con classe di priorità P (Programmata) dovranno essere erogate indicativamente nel periodo indicato nello spazio testuale della ricetta secondo quanto evidenziato nella Circolare regionale 8/2008.

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche (programmabili e urgenti differibili), ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse le prestazioni di controllo e le prestazioni inserite nei programmi di screening. Tali prestazioni programmabili e urgenti differibili devono essere garantite al 90% degli utenti entro i tempi massimi stabiliti ovvero 7 gg per le prestazioni urgenti differibili, 30 gg per le visite programmabili, 60 gg per le prestazioni diagnostico strumentali programmabili.

In particolare, sono oggetto di monitoraggio 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale, di seguito elencate:

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
15	Mammografia (^)	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1

21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella (^)	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
Altri esami Specialistici		
34	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

(^) prestazioni monitorate all'interno dei Percorsi diagnostici sui tumori della mammella secondo le indicazioni della DGR 1035/2009 e della DGR 220/2011.

In particolare:

nei percorsi per donne sintomatiche secondo le indicazioni cliniche previste nella DGR 1035/2009:

- si prevede l'erogazione della **mammografia urgente entro 24/72 ore dalla prescrizione** o **urgente differibile entro 7 giorni dalla prescrizione** alle donne con età uguale o superiore ai 40 anni

- si prevede l'erogazione della **visita senologica + eventuali esami di approfondimento urgente entro 24/72 ore dalla prescrizione** o **urgente differibile entro 7 giorni dalla prescrizione** alle donne con età < di 40 anni per le quali l'accertamento iniziale appropriato è la visita senologica;

per le donne asintomatiche e non a rischio eredo-familiare come previsto nella DGR1035/2009:

- se di età < di 40 anni: non è prevista l'indicazione alla mammografia;

- se con età tra i 40 anni ed i 44 anni: l'accesso alla **prima mammografia è da garantire entro 90 giorni dalla richiesta**. L'accesso alla **successiva mammografia viene garantito entro un anno dalla richiesta**;

- se con età tra 45 e 74 anni: vengono adottate modalità organizzative tese a favorire la partecipazione ai Programmi di screening. Per le donne che non intendono aderire ai programmi di screening ma che si presentano con una richiesta di esame mammografico, l'accesso viene garantito **entro un anno dalla richiesta**.

Assistenza in regime di ricovero

4. Contesto di riferimento

Per quanto attiene i ricoveri ospedalieri, le Aziende sono tenute a svolgere una attività di verifica dei tempi di attesa per le prestazioni definite nella DGR 1532/2006 e aggiornate con il presente atto. Tale monitoraggio viene effettuato con i sistemi locali di gestione delle informazioni e con i dati retrospettivi raccolti nel flusso SDO. A seguito delle linee di indirizzo fornite con la suddetta delibera, attraverso il sistema informativo regionale, è stato messo a disposizione delle Aziende sanitarie un report basato sui dati retrospettivi dei ricoveri.

La reportistica trimestrale costruita a partire dai dati SDO fornisce, per ciascuna prestazione di ricovero oggetto di monitoraggio, l'andamento per classi di attesa per provincia.

Attualmente il debito informativo è completato dalla rilevazione delle classi di priorità.

Le Aziende sanitarie in questi anni hanno prevalentemente orientato i loro interventi ottimizzando l'utilizzo delle sale operatorie e/o il loro potenziamento.

Un aspetto importante ha riguardato il consolidamento degli strumenti di gestione delle agende di prenotazione.

Per l'assistenza in regime di ricovero per il triennio 2010-2012 si confermano tutte le indicazioni contenute nelle delibere di giunta regionale n. 557/2000, e n.1532/2006, con le integrazioni contenute nel presente Piano regionale.

E' previsto perseguire il miglioramento della corretta gestione delle agende di prenotazione e della comunicazione, temi questi che devono essere approfonditi anche nella stesura dei Programmi attuativi aziendali.

5 Linee di intervento per il governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012

5.1 Appropriatelyzza

Le Aziende territoriali si dovranno far carico di costituire tavoli di approfondimento in cui dovranno essere coinvolti tutti gli interlocutori necessari alla pianificazione di interventi volti al contenimento dei tempi di attesa. I sistemi informativi esistenti rappresentano una preziosa fonte informativa per impostare il piano di attività con l'individuazione dei necessari rapporti tra le strutture erogatrici.

L'appropriatelyzza costituisce uno dei temi prioritari su cui le Aziende sanitarie devono rafforzare le strategie per il governo dei tempi di attesa nei suoi diversi aspetti come declinato nell'Accordo stato-regioni 2010-2012.

- **Appropriatelyzza prescrittiva**
- **Appropriatelyzza organizzativa**

Appropriatezza prescrittiva

Per garantire l'equità di accesso alle prestazioni di ricovero elettivo è necessario porre particolare attenzione alla omogenea applicazione dei criteri espliciti, più volte ribaditi, che sono alla base della costruzione di una lista d'attesa:

- la classe di priorità clinica, che definisce i tempi massimi di attesa;
- la data di prenotazione, che consente di calcolare gli indicatori e di fornire una data di chiamata
- le risorse necessarie per l'erogazione della prestazione

La classe di priorità oltre che rappresentare un criterio da utilizzare per determinare l'ordine di ingresso alla prestazione, consente di identificare i tempi massimi entro i quali deve essere garantita la prestazione per almeno il 90% dei pazienti.

A partire dall'anno 2008 la classificazione adottata per l'invio dei dati SDO fa riferimento alla classificazione in quattro categorie prevista nell'Accordo stato-Regioni dell'11 luglio 2002. (nota prot. n.300572 del 26 novembre 2007).

Un approfondimento ormai necessario dovrà essere previsto a livello provinciale per la condivisione, fra unità operative nell'ambito della stessa specialità, di criteri espliciti per la valutazione dei fattori che consentono l'individuazione della classe di priorità. Tale condivisione rappresenta uno dei prerequisiti per la definizione delle modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui l'attesa prevista nella struttura di primo contatto sia oltre il valore indicato nella classe di priorità assegnata.

Particolare attenzione deve essere posta nella condivisione del momento in cui il paziente ha requisiti per essere messo in lista per un determinato intervento. La data di prenotazione corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica. Va quindi esplicitato che la data di prenotazione non corrisponde al momento in cui il paziente viene preso in carico ma al momento in cui può e deve essere programmato uno specifico intervento. Nel momento in cui il paziente viene messo in lista è d'obbligo indicare un periodo temporale indicativo entro cui verrà effettuata la chiamata.

L'accertamento periodico della disponibilità del paziente rappresenta un punto cruciale per la corretta tenuta della agenda di prenotazione così come la regolare pulizia della lista; inoltre la regolare verifica delle rinunce consente una ottimale programmazione delle sedute operatorie.

Sarà necessario prevedere una iniziale ed esaustiva pulizia delle liste da cui partire per definire la periodicità di controllo.

Nel corso dell'attesa il paziente può richiedere una rivalutazione che può comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione dovranno essere tracciati nelle agende di prenotazione. Sulla SDO è necessario garantire la coerenza cronologica tra classe di priorità e data di prenotazione riportate.

La sistematica analisi dell'andamento delle prenotazioni costituisce una componente sostanziale del monitoraggio e consente la programmazione di interventi di miglioramento.

Appropriatezza organizzativa

Relativamente alle **prestazioni di ricovero** oggetto di monitoraggio le Aziende devono definire percorsi diagnostico terapeutici, se necessario in un ambito di collaborazione sovra-aziendale, in modo da accompagnare il paziente in ogni tappa del percorso.

Tra le prestazioni di ricovero, oggetto di monitoraggio nazionale e regionale, quelle relative al trattamento di patologie non oncologiche, in alcune strutture, risultano particolarmente

critiche e richiedono la pianificazione di percorsi alternativi specifici a livello provinciale o di Area Vasta.

Le Aziende territoriali, a partire da una analisi descrittiva dell'esistente, dovranno predisporre canali preferenziali, per poter fornire possibili alternative, ferma restando la libera scelta dei pazienti.

In caso di invio del paziente ad altra struttura quando i tempi massimi non possono essere rispettati, deve essere garantito al paziente la validità dell'iter diagnostico già effettuato nel rispetto dei limiti temporali di validità degli esami.

La condivisione dei criteri di assegnazione alle classi di priorità è lo strumento ottimale per garantire la possibilità di scelta del paziente tra le sedi di erogazione della prestazione. Tuttavia, in prima istanza, anche in assenza di criteri condivisi, si dovrà prevedere, a meno di modifiche dei parametri clinici, la conferma della classe assegnata nella sede a cui si era inizialmente rivolto da parte delle struttura presso cui viene indirizzato.

La rete di comunicazione inter-aziendale sarà inizialmente pianificata sulle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale e regionale e su prestazioni particolarmente critiche in termini di tempi d'attesa.

Punto cruciale da sviluppare è la comunicazione sia con gli utenti che fra gli operatori.

5.2 Flussi informativi

Al fine di monitorare e valutare i tempi di attesa dell'attività di ricovero si evidenzia l'importanza della qualità e completezza dei dati trasmessi nei flussi informativi regionali.

Di seguito si descrivono i flussi informativi regionali funzionali al monitoraggio e/o che rappresentano un debito ministeriale:

- il flusso informativo dei ricoveri ospedalieri (SDO) per la valutazione ex-post. Poiché le variabili necessarie al monitoraggio sono state inserite nel debito informativo verso il Ministero della Salute a partire dai dimessi del 1° luglio 2010, il monitoraggio nazionale partirà da quella data. In fase iniziale, verrà valutato il livello di completezza nella compilazione della data di prenotazione e della classe di priorità per le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale.
- Il monitoraggio regionale continuerà ad essere trimestrale.
- Per quanto riguarda i tempi di attesa prospettici il progetto regionale SIGLA prevede una rilevazione esaustiva entro la fine del corrente anno almeno per le branche di chirurgia generale ed ortopedia.

5.3 Piano di Comunicazione

Particolare attenzione andrà posta nel fornire informazioni al paziente, la funzione di contatto deve essere assicurata da personale adeguatamente formato e dedicato a questa attività.

Il personale deve fornire informazioni in merito agli standard aziendali relativi al tempo massimo di attesa per la prestazione che lo riguarda (prospettare una data presunta di chiamata) ed eventuali alternative come già indicato; è necessario assicurare una attività di supporto e di assistenza anche nella fase di attesa con un contatto periodico con il paziente per orientare l'utenza e non generare una percezione di disinteresse e abbandono .

I piani attuativi delle Aziende devono prevedere anche progetti per la predisposizione di materiale informativo per i pazienti da diffondere attraverso i siti web aziendali o presso i principali punti informativi definendone i contenuti a livello sovra-aziendale ed in collaborazione con le associazioni di tutela dei diritti del malato.

6. Elenco delle prestazioni in regime di ricovero e tempi massimi di attesa

Ricomprendono:10 in regime in ricovero ordinario e 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno .

Per i ricoveri di cui alle tabelle sotto riportate è previsto il monitoraggio nazionale con la verifica della completezza dei dati relativi alle classi di priorità, definite dall'Accordo dell'11 luglio 2002 e inserite nel flusso SDO con nota prot. n.300572/2007 e alla data di prenotazione.

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
48	Riparazione ernia inguinale	53.0X - 53.1X	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	Codice 185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 – 48.6	Categorie 153 – 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	Sottocategoria 36.1X	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66 -36.09	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53 – 00.70 – 00.71 – 00.72 -00.73	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9	Categoria 162
58	Tonsillectomia	28.2 – 28.3	

Si precisa che gli interventi chirurgici del polmone e del colon-retto, oggetto di monitoraggio, comprendono i trattamenti chirurgici (non diagnostici) con la segnalazione della patologia oncologica e come tali devono essere garantiti entro 30 giorni dall'inserimento in lista.

Per le prestazioni relative al trattamento delle patologie oncologiche si ribadisce che il tempo massimo di attesa non può superare i trenta giorni.

Tale tempo massimo è da ritenere valido anche per la neoplasia della prostata.

Certamente, nella lettura dei dati retrospettivi sarà necessario considerare la possibilità che l'esame istologico intra-operatorio porti alla segnalazione, sulla scheda di dimissione ospedaliera, di una patologia maligna che non corrisponde alla diagnosi presente nella agenda di prenotazione.

In questo caso solo una analisi che consenta di leggere in modo integrato i dati presenti nell'agenda di prenotazione con quanto descritto nella SDO porterà ad una valutazione corretta del rispetto dei tempi massimi previsti per la specifica patologia.

Per tutte le altre prestazioni il tempo massimo di attesa, espresso attraverso la classe di priorità, dovrà essere garantito per il 90% dei pazienti; tale indicazione non può prescindere dalla esplicita condivisione dei criteri utilizzati per la assegnazione della classe. E' necessario comunque garantire l'effettuazione della prestazione entro l'arco temporale di un anno.

L'ambito territoriale di riferimento per la valutazione dei tempi d'attesa è quello provinciale e per le prestazioni non oncologiche andranno prospettati i percorsi alternativi al presidio scelto dal paziente nei casi in cui la lista sia particolarmente critica; mentre sulle patologie

oncologiche, in ciascuna struttura di ricovero che garantisce la prestazione, deve essere rispettato il tempo massimo di attesa.

7. Percorsi diagnostico terapeutici (PDT) nell'area cardiovascolare e oncologica

Per il monitoraggio si recepisce quanto definito dall'AgeNas in collaborazione con le Regioni, le Province autonome e il Ministero della Salute. Come previsto dal punto 3.3 del PNGLA 2010-2012 l'Agenzia Nazionale ha infatti individuato le patologie da monitorare e la metodologia che le Regioni e le province autonome devono adottare per il monitoraggio a garanzia della omogeneità di selezione sul territorio nazionale.

Come indicato sul PNGLA 2010-2012 i tempi massimi di attesa per ciascun Percorso diagnostico terapeutico individuato non potranno essere superiori ai trenta giorni per la fase diagnostica e trenta giorni per la l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90 % dei pazienti.

E' importante sottolineare che al di là del debito informativo connesso al monitoraggio dei tempi d'attesa a livello nazionale, la metodologia di estrazione dei dati per la ricostruzione dei PDT può essere utile per ampliare il campo di analisi della attività e sorvegliare le modalità assistenziali/organizzative per sviluppare interventi volti al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza.

L'analisi di tali percorsi, nonostante inizi da una raccolta precisa e puntuale di ciascun caso, si focalizza sull'andamento complessivo, sullo stile gestionale dei processi, sul contesto organizzativo in cui il percorso si realizza.

In sintesi si descrivono le tappe individuate per l'analisi di un percorso diagnostico terapeutico:

- a) data della prima prestazione che identifica l'avvio del percorso diagnostico terapeutico (ad esempio la mammografia per il tumore della mammella)
- b) data della prestazione diagnostica che identifica la conclusione del percorso diagnostico terapeutico (ad esempio il citologico o l'istologico per il tumore della mammella),
- c) data in cui viene posta l'indicazione al trattamento, che coincide con l'inserimento in lista d'attesa per il ricovero ospedaliero con accesso programmato
- d) data di ammissione al ricovero per l'inizio della terapia.

Il tempo trascorso tra il momento a) ed il momento b) indica la fase diagnostica (anche se a volte sono necessari ulteriori approfondimenti, in particolare per la corretta stadiazione) mentre l'intervallo c) - d) misura il tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica.

La separazione netta delle due fasi deriva dalla intenzione di non imputare al sistema un periodo di attesa ascrivibile spesso al paziente. L'esperienza infatti evidenzia che, di frequente, il paziente decide di cercare una seconda opinione prima di accettare la proposta di trattamento.

Il monitoraggio di tali percorsi verrà effettuato in modo retrospettivo utilizzando i flussi regionali correnti, ASA e SDO, secondo la metodologia e la periodicità definita dall'AGENAS in accordo con le Regioni e Ministero della Salute.

8. Programmi attuativi aziendali

Entro 60 giorni dall'adozione del presente atto, le Aziende sanitarie adottano un programma attuativo aziendale, in coerenza con quanto definito nel Piano regionale.

Tale programma attuativo deve essere definito da parte dell'Azienda USL in collaborazione con l'Azienda ospedaliera o IRCCS di riferimento ove presenti.

Una volta condiviso dai Comitati di Distretto e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria il Programma attuativo aziendale viene sottoposto alla valutazione del Tavolo di coordinamento regionale.

Nella predisposizione del programma attuativo, che costituirà aggiornamento del programma elaborato nel 2009 e integrato secondo le indicazioni del presente piano, l'Azienda deve porre attenzione ai seguenti aspetti:

Per la specialistica ambulatoriale

1) valutazione del grado di appropriatezza delle prescrizioni attraverso il controllo del quesito diagnostico nelle ricette e le specifiche azioni in cui questo avviene (aree di intervento, medici coinvolti, indicatori utilizzati) secondo le specifiche indicate al paragrafo 2.1;

2) pianificazione della produzione attraverso la valutazione del fabbisogno e la quantificazione dell'offerta per le monitoraggio prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Inoltre, le Azienda USL in collaborazione con l'Azienda ospedaliera o IRCCS di riferimento, dovranno aggiornare lo schema di produzione aziendale, per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio e trasmettere **entro il 30 settembre 2011 lo SCHEMA A**, inerente **l'anno 2011**, debitamente compilato compresi gli eventuali aggiornamenti degli ambiti di garanzia entro i quali a seconda della tipologia di prestazione, individuata o no come di base, l'Azienda è tenuta a garantire i tempi massimi stabiliti;

3) andamento dei tempi di attesa confrontati con i volumi pianificati;

4) eventuali strategie di modulazione temporale della produzione attraverso l'utilizzo di strumenti contrattuali (in attuazione dell'art. 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002) come ad es. l'utilizzo delle 26 ore annuali derivanti dalle ore dedicate all'aggiornamento, l'utilizzo dell'esternalizzazione delle guardie nella misura percentuale prevista dal contratto;

5) eventuali aggiornamenti dei percorsi di garanzia e delle strutture attivanti, già avviati da parte di tutte le Aziende sanitarie, con gli erogatori pubblici e privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa;

6) eventuali strumenti da utilizzare in caso di superamento dei tempi di attesa (secondo quanto indicato nel **paragrafo 2.2**);

7) esplicitazione delle modalità di accesso per le prestazioni programmabili, per i percorsi per le urgenze per i percorsi di presa in carico compreso il Day Service ambulatoriale e le relative funzioni di accoglienza;

8) evidenza delle caratteristiche delle agende di prenotazione: separazione delle prime visite dai controlli, follow up, tipologie e volumi di prestazioni non presenti a CUP, apertura continua delle agende, monitoraggio degli abbandoni ed evidenza delle disdette.

9) modalità di miglioramento della completezza ed accuratezza nella trasmissione dei dati:

-**nel flusso regionale ASA**, per l'assolvimento dei debiti ministeriali inerenti i tempi di attesa effettivi, erogato ALPI, erogato prestazioni specialistiche traccianti la fase diagnostica dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) nell'area cardiovascolare e oncologica;

-**nel flusso regionale MAPS**, per l'assolvimento dei debiti ministeriali inerenti i tempi di attesa prospettici (servizio sanitario e ALPI) e rilevazione sospensione dell'attività di erogazione.

10) recepimento degli indicatori presenti nel cruscotto di monitoraggio quali strumenti di analisi delle azioni messe in campo e di orientamento di scelte in sede di programmazione (vedi **SCHEMA B**).

11) completamento del programma di comunicazione aziendale

Per i ricoveri

- 1) valutazione dell'andamento dei tempi di attesa nell'ultimo anno delle prestazioni oggetto di monitoraggio e di quelle che presentano a livello provinciale elementi di criticità;
- 2) pianificazione della produzione attraverso l'analisi dei volumi erogati nelle diverse strutture di ricovero in relazione alle performance dei tempi di attesa;
- 3) pianificazione di strategie di intervento per la rimodulazione della produzione finalizzata al contenimento delle liste di attesa anche in ambito sovra aziendale;
- 4) verifica delle modalità di gestione delle agende di prenotazione con particolare riferimento alla corretta identificazione della data di prenotazione a garanzia dell'omogeneità tra le diverse discipline;
- 5) individuazione del personale dedicato alla verifica della disponibilità dei pazienti in lista con la chiara identificazione della periodicità di controllo e pulizia;
- 6) individuazione e formazione del personale che ha la funzione di contatto col paziente per garantire riferimenti certi nelle fasi che precedono e preparano l'accesso al ricovero;
- 7) esplicitazione delle procedure e dei riferimenti al fine di permettere all'utente di conoscere e seguire tutte le fasi che compongono il processo di ricovero (dal momento della prenotazione fino alla pianificazione del ricovero) in particolare le procedure devono pianificare un periodico contatto con l'utenza soprattutto nei casi di attese particolarmente lunghe;
- 8) ricognizione dei criteri utilizzati nelle diverse aree specialistiche per l'assegnazione delle classi di priorità, identificazione esplicita e condivisione ad un livello sovra aziendale.

9. Tempi e fasi di attuazione

Azienda sanitaria/Regione	Attività	Tempo
Azienda USL in collaborazione con AOSP/IRCS di riferimento	Elaborazione ed adozione del Programma attuativo aziendale	Entro 60 giorni dall'adozione del presente atto
Azienda USL in collaborazione con AOSP/IRCS di riferimento	Elaborazione Piano di Produzione	Entro il 30 settembre 2011
Regione	Costituzione gruppo regionale per il Day service ambulatoriale	Entro il 2011
Regione	Costituzione gruppo regionale per la definizione del monitoraggio dei Percorsi diagnostico terapeutici secondo le indicazioni nazionali	Entro il 2011

SCHEMA B - Cruscotto di monitoraggio: Indicatori

Per la verifica dei risultati degli interventi avviati ai fini del contenimento dei tempi di attesa, il Tavolo di coordinamento regionale ha condiviso una serie di indicatori qualitativi e quantitativi, da utilizzare in ambito aziendale e regionale.

L'analisi combinata di tali indicatori rappresenta lo strumento più idoneo per effettuare confronti omogenei tra le diverse realtà regionali.

Di seguito l'elenco degli indicatori, e il loro utilizzo combinato. Si rimanda alle definizioni presenti nelle delibere regionali n. 1532/2006 e 1035/2009 e nel **GLOSSARIO** allegato al presente atto.

Indicatori per l'analisi dell'Assistenza specialistica ambulatoriale

Per la valutazione del fabbisogno;

- ✓ indicatore: indice di consumo standardizzato (serie temporale) (fonte ASA);
- ✓ indicatore: indice di produzione (serie temporale) (fonte ASA);
- ✓ indicatore: indice di pressione esterna (fonte MAPS);

Per la pianificazione della produzione da parte delle équipe delle strutture proprie, dando evidenza del metodo di stima adottato, della produzione del privato accreditato, e della produzione aggiuntiva eventualmente commissionata

- ✓ indicatore: grado di articolazione dell'offerta nelle diverse modalità di accesso (fonte: piani di produzione aziendali);
- ✓ indicatore: indice di produzione (solo residenti) strutture pubbliche e strutture private serie temporale (fonte ASA);
- ✓ indicatore: confronto modalità accesso produzione (ASA) e modalità di accesso offerta (programmazione da piani di produzione aziendali)

Per la descrizione degli ambiti di garanzia per singola prestazione (programmabile oggetto di monitoraggio): la scelta dell'ambito territoriale di garanzia deve essere fatta sulla base delle caratteristiche di complessità della prestazione, evitando ambiti di garanzia troppo ampi per prestazioni di base;
indicatore: confronto con indicazioni regionali

Per l'andamento nell'ultimo anno dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio

e di quelle che pur non oggetto di monitoraggio presentano cattive performance rispetto ai tempi prefissati;

- ✓ indicatore: indice di performance MAPS e ASA e % dei 0 (e 1) giorni di attesa (quest'ultimo per le sole prestazioni programmabili);
- ✓ indicatore: n° di agende di garanzia con iperf >90% sul totale di agende di garanzia dichiarate nel piano (tenendo presente il numero di agende attivate ed il periodo di attivazione)

Per la valutazione del grado di appropriatezza delle prescrizioni e individuazione delle azioni per il miglioramento dell'appropriatezza

- ✓ indicatore: qualitativo, presenza programmi attuativi aziendali

- ✓ indicatore: quantitativo prove analisi prescrizione SOLE
- ✓ indicatore: quantitativo % del numero di prescrizioni con presenza del quesito diagnostico valido e classe di priorità sul totale delle prescrizioni.
Standard da sperimentare per il 2011: tale percentuale deve essere pari almeno all'80% sui dati relativi all'intero anno 2011

Per la descrizione delle strategie di modulazione temporale della produzione

- ✓ indicatore: qualitativo presenza nei programmi attuativi aziendali

Per la valutazione gestione CUP (si rimanda anche alla delibera di giunta regionale Linee Guida CUP n. 748/2011)

- ✓ indicatore: %offerta gestita nel sistema CUP sul totale offerta aziendale SSR
(fonte: piani produzione aziendali)

Per la valutazione della libera professione

- ✓ per le prestazioni oggetto di monitoraggio: confronto tra i dati di attività fonte ASA e i dati di programmazione fonte Piani di produzione aziendali

GLOSSARIO

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.

Ambiti di garanzia territoriale: ambiti distrettuali o aziendali (eventualmente rappresentati anche da più distretti o aree territoriali sub aziendali) entro i quali le Aziende USL, a seconda della tipologia di prestazione, individuata o no come di base (v. paragrafo Il sistema delle garanzie della DGR 1532/06), sono tenute a garantire i tempi massimi stabiliti.

Centro Servizi Ambulatoriale (CSA): funzione di coordinamento che garantisca l'integrazione tra la prenotazione e l'erogazione nell'ambito del modello organizzativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

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 delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. 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.

Centro Unificato di Prenotazione (CUP): sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, libera professione intramoenia con percorsi e modalità separati) con efficienza strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini.

Day Service Ambulatoriale (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 complessa (sia in senso clinico che organizzativo) e compatibile con le esigenze della committenza. Si compone di percorsi ambulatoriali predefiniti a livello aziendale, verso i quali il competente servizio effettuerà un'opera di omogeneizzazione regionale utilizzando anche la funzione di osservatorio del Tavolo di Coordinamento Regionale.

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

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

Follow up: una serie di visite di controllo e/o di prestazioni diagnostico 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.

Flusso informativo ASA

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. Attraverso questo flusso vengono elaborati i dati inerenti i tempi di attesa effettivi con l'evidenza delle diverse modalità di accesso. La rilevazione viene effettuata da parte di ciascuna Azienda sanitaria, con cadenza mensile, e riguarda tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali e non solo quelle previste nel Piano nazionale per il monitoraggio dei tempi di attesa.

Flusso informativo MAPS

Attraverso questo flusso vengono elaborati i dati inerenti i tempi di attesa prospettici ovvero quelli rilevati da ciascuna Azienda USL, in collaborazione con la relativa Azienda ospedaliera o IRCSS di riferimento, trimestralmente in una settimana indice. La rilevazione riguarda le prestazioni specialistiche ambulatoriali previste nel Piano nazionale per il monitoraggio dei tempi di attesa e alcune di interesse regionale.

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

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 1.000 abitanti).

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

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 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, è 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 governo 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".

Sono escluse dagli indicatori che descrivono la performance dei sistemi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali le prenotazioni e le prestazioni per pazienti che scelgono di ricevere la prestazione presso una struttura con tempo di attesa superiore allo standard, nonostante ci sia un'altra struttura che la garantisce entro i tempi nel suo bacino di riferimento, ovvero scelgono una struttura che non rientra tra quelle del suo bacino di riferimento.

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

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.

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 ambulatoriale

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.

Percorso di garanzia: è il percorso che deve essere attivato dalle Aziende USL con gli erogatori pubblici e privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi massimi di attesa indicati dalla DGR 1532/2006.

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.

Prima visita: è quella visita in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta. 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.

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).

Punti di Accoglienza (PDA): 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.).

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.

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.

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

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,
- ◆ 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.

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

Tempo massimo di attesa: Rappresenta il tempo che intercorre tra la data della richiesta (prenotazione) delle prestazioni e l'erogazione delle stesse; il valore standard da rispettare è fissato dalla Regione, in attuazione delle indicazioni nazionali. In particolare per le prestazioni programmabili il tempo massimo di riferimento è 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostico strumentali; per le prestazioni urgenti differibili il tempo massimo di riferimento è 7 gg mentre per le prestazioni urgenti 24h il tempo massimo di riferimento sono le 24 ore.

Visita di controllo: è quella visita in cui un problema già noto viene rivalutato, in cui la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata. In assenza di esplicitazioni locali formalizzate, effettuate su criteri clinici, si intende visita di controllo quella richiesta 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.

**RIPARTO DI FINANZIAMENTO DEL PIANO
REGIONALE DI GOVERNO DEI TEMPI DI
ATTESA**

Aziende USL	Coefficiente assorbimento totale LEA	Riparto
Piacenza	6,795	679.523
Parma	10,064	1.006.386
Reggio Emilia	11,388	1.138.786
Modena	15,319	1.531.856
Bologna	19,878	1.987.801
Imola	2,977	297.680
Ferrara	8,662	866.245
Ravenna	9,000	899.973
Forlì	4,329	432.904
Cesena	4,527	452.688
Rimini	7,062	706.158
TOTALE REGIONE	100,00	10.000.000

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Mariella Martini, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2011/925

data 09/06/2011

IN FEDE

Mariella Martini

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'