

Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa 2011-2013

Indice	pag 1
Premessa	pag 3
A. Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali fissa i tempi massimi di attesa	pag 4
A.1. Prestazioni ambulatoriali	pag 4
A.1.1. Visite specialistiche	pag 4
A.1.2 Prestazioni strumentali	pag 5
A.2. Prestazioni in regime di ricovero	pag 6
A.2.1 Prestazioni in Day Hospital/Day Surgery	pag 8
A.2.2. Prestazioni in ricovero ordinario	pag 8
A.3. Prestazioni inserite in percorsi diagnostici terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica	pag 9
B. Governare la domanda di prestazioni: l'uso sistematico delle classi di priorità e il rispetto dei tempi e delle modalità previste dai sistemi di monitoraggio	pag 9
C. Prestazioni richieste in classe P	pag 10
D. Procedure per l'utilizzo delle classi di priorità, per la presenza del quesito diagnostico e la identificazione delle prime visite e dei controlli	pag 10
E. Organizzazione del CUP regionale, per integrare l'offerta pubblica e del privato accreditato e, per supportare i percorsi diagnostico terapeutici, recependo le Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'accordo stato regioni 29 aprile 2010	pag 10
E.1. Attività del Back-office	pag 11
E.1.1 Gestione e programmazione delle agende di prenotazione	pag 11
E.1.2 Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione	pag 13
E.1.3 Gestione degli aspetti di carattere informativo e informatico	pag 13
E.1.4 Monitoraggio per il governo delle liste di attesa	pag 14
E.2. Attività del Front-office	pag 14
E.2.1 Canali di accesso/fruizione del Sistema CUP	pag 14
E.2.2 Gestione della prenotazione	pag 14

E.2.3. Gestione e programmazione delle agende di prenotazione	pag 15
E. 3. Indicatori di performance del Sistema CUP	pag 16
F. Modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite prestazioni nei tempi massimi di attesa	pag 16
G. Flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa e della sospensione dell'erogazione delle prestazioni	pag 16
G.1. Monitoraggio prestazioni di specialistica ambulatoriale	pag 17
G.1.1. Monitoraggio ex post	pag 17
G.1.2. Monitoraggio ex ante	pag 17
G. 2. Monitoraggio dei ricoveri ospedalieri	pag 20
G. 3. Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione di prestazioni	pag 21
H. Ruolo delle prestazioni erogate in regime libero professionale all'interno dell'Azienda nell'ambito del governo delle liste di attesa, stabilendone il monitoraggio	pag 21
I. Iniziative di Information & Communication Technologies in tale ambito	pag 22
L. Garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa: necessità di procedere al monitoraggio della loro presenza sui siti WEB aziendali oltre che regionale	pag 22
M. Programmi attuativi aziendali	pag 23

Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa 2011-2013

Premessa

L'abbattimento dei tempi d'attesa per esami, visite e ricoveri rappresenta una delle priorità in materia di salute della Regione Umbria e per tale motivo da tempo sono state avviate attività integrate di gestione e monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni e dei loro tempi di attesa nonché attività programmatiche garantite da tutte le Aziende Sanitarie.

Il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 (DGR n. 1609 del 24.11.2008) ribadisce alcuni aspetti ritenuti fondamentali per rispondere al problema della gestione dei tempi di attesa che continua ad essere una delle principali criticità.

Gli sforzi sono volti a:

- governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSR, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso
- razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sanitarie
- gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione
- garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva
- velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami diagnostici e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio
- utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione
- promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa, che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'Azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio.

Sulla base delle attività già avviate si ritiene pertanto di poter definire un Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa secondo le indicazioni fornite dal Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2010-2012, approvato con Accordo della Conferenza dello Stato e delle Regioni e Province autonome il 28 ottobre 2010.

Nel corso dell'ultimo anno, in attesa della formulazione del nuovo Piano Nazionale e del conseguente nuovo Piano Regionale, con DGR n. 1118 del 26/07/2010 recante "Piano straordinario per il contenimento dei tempi di attesa. Recepimento atti aziendali e ridefinizione CUP", la Regione Umbria ha anticipato alcune progettualità, approvando la riorganizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP), per consentire a tutti i cittadini umbri di accedere a tutti i servizi regionali e di effettuare prenotazioni per prestazioni di specialistica ambulatoriale su tutte le strutture del territorio regionale, dando priorità alle prestazioni sottoposte a prioritarizzazione, secondo la metodica dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO.

Il piano di intervento regionale ha l'obiettivo di offrire al cittadino che necessita di prestazioni specialistiche programmabili la garanzia di poter soddisfare il suo bisogno in condizioni di qualità adeguata entro un intervallo di tempo massimo, a garanzia di un servizio che preveda ed espliciti ex ante i comportamenti che il sistema deve assumere nel caso in cui si verifichi il superamento dei livelli massimi di attesa nell'accesso alle prestazioni specialistiche e di ricovero.

Il presente Piano Regionale, in base alle indicazioni fornite anche dal Piano Nazionale, deve fornire indicazioni per garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari applicando rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Il Piano per il Contenimento dei Tempi di Attesa 2011-2013 quindi:

<i>A. Aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali fissa i tempi massimi di attesa</i>

Il PNGLA individua un elenco di prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, che modifica quello individuato dal precedente Piano Nazionale eliminando le prestazioni che dall'esperienza sperimentale di monitoraggio dei tempi di attesa non hanno presentato e non presentano problemi di attesa nella maggior parte delle Regioni, aggiungendone invece altre che sono risultate critiche.

La Regione Umbria intende fissare tempi di attesa massimi regionali, tenuto conto che già il precedente Piano aveva fissato tempi di attesa per le prestazioni previste a livello nazionale, addirittura stabilendo tempi massimi di attesa più brevi rispetto a quelli definiti a livello nazionale.

A.1. Prestazioni ambulatoriali

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, dovranno essere prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, come specificato successivamente alla sezione D ***“Procedure per l'utilizzo delle classi di priorità, per la presenza del quesito diagnostico e la identificazione delle prime visite e dei controlli”***

I medici prescrittori dovranno segnalare per le prestazioni sottoposte a RAO, le classi di priorità così definite:

- U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata)

Le Aziende dovranno pertanto prevedere una adeguata formazione dei medici prescrittori.

Il tempo massimo di attesa indicato per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano Attuativo Aziendale (PAA) di ciascuna Azienda Sanitaria regionale.

Allo scopo di monitorare i tempi di attesa di tali prestazioni occorre, infine, che il sistema CUP preveda la rilevazione di tutte le informazioni sopra indicate.

Di seguito si elencano le prestazioni oggetto di monitoraggio (14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale). Se le prestazioni non sono sottoposte a RAO, il monitoraggio prevede un tempo massimo di erogazione di 30 giorni.

A.1.1. 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 Pneumologia	89.7	68

A.1.2. 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

A.2. Prestazioni in regime di ricovero

Il Piano conferma quanto stabilito dal piano precedente, prevedendo di:

- utilizzare le Agende di prenotazione, già attivate in tutte le Aziende Sanitarie della regione secondo le linee guida già recepite con il Piano precedente e nei rispettivi piani attuativi locali
- definire Criteri clinici di classi di priorità in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 per le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio, definendone i relativi tempi di attesa.

Le Direzioni aziendali hanno attivato delle procedure per la gestione delle Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili, coinvolgendo i Dipartimenti interessati, che contemplano anche modalità operative per l'inserimento del paziente in agenda, in relazione allo stato clinico presente. Dovranno essere condivisi i "criteri clinici" delle classi di priorità e i relativi tempi di attesa, per i quali si fa riferimento a quelli già indicati nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e altri eventuali documenti scientifici specifici per patologia, nonché a quanto stabilito dal presente Piano.

Dovranno essere condivise procedure di controllo dell'appropriatezza dell'uso delle classi di priorità e la revisione periodica delle stesse, con il coinvolgimento dei professionisti e attraverso l'audit clinico.

Si dovrà prevedere l'attivazione su supporto informatico dell'"Agenda di prenotazione" per i ricoveri. Si ribadisce che essa deve contenere due categorie di informazioni, una relativa al paziente e l'altra contenente dati di tipo gestionale.

Si elencano di seguito le informazioni da rilevare e, per ognuna di esse, viene indicato un carattere di rilevanza, distinguendo tra quelle ritenute essenziali e quelle ritenute utili ai fini del corretto monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri.

Informazioni relative al paziente	Rilevanza
Nome e cognome	Essenziale
Codice Fiscale	Essenziale
Sesso	Essenziale
Data di nascita	Utile
Comune di residenza	Utile
Numero di telefono	Essenziale
Persona da informare (nome e telefono)	Essenziale
Diagnosi o sospetto diagnostico)	Essenziale
Classe di priorità	Essenziale
Note cliniche particolari	Utile

Informazioni gestionali	Rilevanza
Nome del medico prescrittore	Utile
Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico ecc...)	Utile
Data di prescrizione della richiesta	Essenziale
Data inserimento del paziente nella Agenda di prenotazione	Essenziale
Data prevista per il ricovero	Essenziale
Data reale del ricovero	Essenziale
Motivi eventuale esclusione/cancellazione o spostamento nella lista	Essenziale
Modalità di accesso (visita ambulatoriale	Utile

divisionale, prescrizione specialista esterno, visita al PS, visita privata, ecc.)	
------------------------------------------------------------------------------------	--

Alcune di tali informazioni sono presenti anche nella SDO: per esse si dovranno seguire le regole di compilazione già utilizzate per tale scheda.

Per la rilevazione degli altri dati si danno le seguenti indicazioni:

- l'informazione relativa al sesso risulta particolarmente importante al fine di gestire il reparto in maniera adeguata, tenuto conto che i nomi stranieri spesso non permettono la corretta individuazione del genere;
- il numero di telefono del paziente o di una persona di riferimento sono fondamentali per la gestione delle liste in quanto permettono di effettuare/verificare eventuali spostamenti o cancellazioni;
- il nome del prescrittore è riferito al medico (MMG, specialista ambulatoriale,...) che ha firmato la richiesta a seguito della quale il paziente è stato preso in carico dalla struttura, che può essere diverso da quello che è preposto alla accettazione della richiesta e all'inserimento del paziente in agenda (specialista del reparto ospedaliero); pertanto la "Data di prescrizione della richiesta" è quella presente nella richiesta di ricovero, mentre la "Data inserimento del paziente nella Agenda di prenotazione" è la data in cui il soggetto previsto dalla struttura (di solito lo specialista del reparto) conferma la necessità di ricovero e provvede all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione.

Si precisa che, nei casi in cui il paziente prima di essere inserito nell'agenda, venga inserito in una pre-lista di candidati all'intervento a causa dei lunghi tempi di attesa, la data da inserire per l'informazione "Data inserimento del paziente nella Agenda di prenotazione" è quella relativa al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della struttura e non quello meramente organizzativo in cui viene fissata una precisa data per l'intervento. Lo scopo della rilevazione è infatti quello di avere un quadro del tempo che intercorre tra la convalida del bisogno del ricovero e la realizzazione dello stesso. Lo stesso criterio si dovrà utilizzare per la compilazione del campo SDO "data di prenotazione".

Un altro caso che può verificarsi è rappresentato dalla richiesta di ricovero che viene spesso compilata dal MMG subito prima del ricovero, a seguito di un percorso di valutazione della necessità del ricovero. E' evidente che la data di tale richiesta non rileva il tempo di attesa reale e pertanto non va considerata.

- la "Data prevista per il ricovero" è particolarmente importante ai fini della programmazione delle attività, poiché una costante differenza significativa rispetto alla data reale del ricovero può essere indice di difficoltà gestionali. Al fine di utilizzare correttamente tale informazione le aziende dovranno definirne le modalità di rilevazione e compilazione.
- La "Data reale del ricovero" coincide con quella già presente nella SDO. Se tale data e quella prevista per il ricovero sono diverse si dovrà indicare la motivazione nel campo "Motivi eventuale esclusione/cancellazione o spostamento nella lista". Lo stesso campo va utilizzato anche nel caso di cancellazioni dovute alla risoluzione del problema, alla mancata presentazione, ecc.

Si elencano di seguito le prestazioni oggetto di monitoraggio (5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime in ricovero ordinario) e i relativi tempi massimi di attesa da rispettare.

Per le prestazioni sotto elencate, il tempo massimo di attesa individuato deve essere garantito a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso alle medesime, che comunque andranno a garantire classi di priorità con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato.

Le classi di priorità sono:

- A – ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare di emergenza o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi
- B - ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o gravi disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenza né possono per l’attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
- C - ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l’attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
- D – ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Nei piani attuativi aziendali dovranno essere individuate le strutture che dovranno garantire tali tempi massimi al 90% dei pazienti. Nelle altre strutture si dovrà garantire il tempo massimo al 70% dei pazienti.

A.2.1. Prestazioni in Day Hospital/Day Surgery

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempi massimi di attesa
44	Chemioterapia	99.25	V58.1	120
45	Coronarografia	88.55 – 88.56 – 88.57		120
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11		120
47	Emorroidectomia	49.46		120
48	Riparazione ernia inguinale	53.0 – 53.10		120

A.2.2. Prestazioni in ricovero ordinario

Per la patologia oncologica dal conteggio dei tempi di attesa deve essere escluso il tempo necessario per eventuali terapie adiuvanti o preparatorie all’atto chirurgico.

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempi massimi di attesa
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174	120
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185	120
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x – 45.8; 48.5 – 48.6	Categorie 153 – 154	120
52	Interventi chirurgici tumori dell’utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	120
53	By pass aortocoronarico	36.10		120
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0		120
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12		120
56	Intervento protesi d’anca	81.51 – 81.52 –		120

		81.53		
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9		120
58	Tonsillectomia	28.2 – 28.3		120

A.3. Prestazioni inserite in percorsi diagnostici terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica

Al fine di garantire interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, laddove i casi lo necessitano, occorre assicurare la presa in carico del paziente attraverso percorsi diagnostico terapeutici (PDT).

Il Piano nazionale individua come aree prioritarie di intervento quella cardiovascolare e quella oncologica, in quanto le malattie del sistema circolatorio e i tumori si confermano da molti anni come principali cause di morte nel nostro paese. I percorsi diagnostico terapeutici e i pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) insieme a interventi preventivi adeguati, possono garantire diagnosi e cure tempestive in grado di ridurre mortalità e complicità.

I percorsi e i setting assistenziali saranno in linea con quanto previsto dalle Linee guida nazionali e verranno monitorati alla luce del documento che verrà prodotto dall'Agenas, secondo quanto previsto al punto 3.3 del PNGLA 2010- 2012.

B. individua come strategia principale per governare la domanda di prestazioni, l'uso sistematico delle classi di priorità e il rispetto dei tempi e delle modalità previste dai sistemi di monitoraggio

Il governo della domanda di prestazioni si rende possibile innanzitutto assicurando l'appropriatezza prescrittiva. Al fine di individuare le richieste inappropriate di prestazioni la Regione intende implementare il processo dell'uso sistematico delle classi di priorità per i RAO (Raggruppamenti di Assistenza Omogenei) già avviato con il precedente PRCTA. Tale modalità di prenotazione è già presente in Umbria, ma in maniera diversificata per tipologia di prestazione nelle diverse Aziende Sanitarie; si intende ora omogeneizzare i RAO a livello regionale.

Per la realizzazione di tale attività i medici prescrittori hanno un ruolo fondamentale, per tale motivo le Aziende dovranno prevedere la loro adeguata formazione.

Come detto in precedenza, con DGR 1118/2010 recante "Piano straordinario per il contenimento dei tempi di attesa. Recepimento atti aziendali e ridefinizione CUP", la Regione Umbria focalizza l'attenzione anche sull'utilizzo della prioritizzazione delle prestazioni (RAO).

Le Direzioni aziendali e i professionisti hanno condiviso le diagnosi di attribuzione alle diverse classi per le tipologie di prestazioni (17 complessivamente) che sono state sottoposte a prioritizzazione nel corso degli anni nella regione.

Al fine di rispettare i tempi previsti per la messa a regime delle dodici prestazioni RAO entro la prima metà dell'anno 2011, è stato condiviso il seguente piano di lavoro per l'apertura delle Agende anche per i RAO su tutto il territorio regionale:

- entro il 28 febbraio 2011: "Esame clinico-strumentale della mammella" e "Visita cardiologica ed ECG"
- entro il 31 marzo 2011: "Esofagogastroduodenoscopia (e) e colonscopia (c)" e "Visita urologica"
- entro il 30 aprile 2011: "Visita oculistica", "Visita ortopedica", "Ecocolordoppler arterie renali" e "Ecocolordoppler vasi periferici arteriosi e venosi"
- entro il 30 maggio 2011: "Elettromiografia", "Visita neurologica" ed "Elettroencefalografia"
- entro il 30 giugno 2011: TAC (TAC cranio-encefalica, TAC colonna), ed RMN (RMN cranio encefalica, RMN colonna, RMN articolazioni)

Si ricorda che l'"Ecocolordoppler TSA" è già stato esteso a tutte le Aziende a partire dal 6 dicembre scorso.

Nel corso del secondo semestre dell'anno, verranno redatti i RAO delle ulteriori prestazioni da sottoporre a prioritizzazione previste dal Piano Nazionale.

Nel rispetto delle scadenze sopra indicate si dovrà procedere:

- alla condivisione di regole prescrittive e di offerta per i RAO
- alla omogeneizzazione delle indicazioni all'utente per la preparazione alla prestazione (es: Colonscopia)
- alla contrattazione con i MMG e i PLS delle regole relative ai RAO.
- al completamento del passaggio alla versione ISES WEB su tutti i posti di lavoro
- all'omogeneizzazione della denominazione e dei sinonimi nel catalogo generale delle prestazioni.

C. definisce le prestazioni richieste in classe P e senza indicazione di priorità, indicando i criteri di utilizzo

La classe di priorità P, programmabile, per le prestazioni messe a RAO viene individuata in base ai quesiti diagnostici esposti nelle schede condivise con le aziende. Visti i tempi di attesa che si riscontrano nella regione e nelle singole Aziende Sanitarie, il 70% dei pazienti con prescrizione in classe P deve avere la garanzia di eseguire la prestazione entro 180 giorni, il 20% entro 240, il restante 10% entro 300 giorni.

Per le prestazioni non sottoposte a RAO, i tempi massimi accettabili sono 30 giorni che devono essere garantiti al 70% dei pazienti.

D. stabilisce le procedure per l'utilizzo delle classi di priorità, per la presenza del quesito diagnostico e la identificazione delle prime visite e dei controlli

I medici prescrittori dovranno segnalare nella prescrizione, accanto al quesito diagnostico della richiesta della prestazione, se si tratta di prima visita o controllo.

I prescrittori, siano essi medici di medicina generale che specialisti, dovranno inoltre indicare, per le prestazioni sottoposte a RAO, le classi di priorità, come prima definite.

Saranno considerate prime visite tutte quelle prescritte come tali e non precedute, nel corso dei sei mesi precedenti, da un'altra visita effettuata in ambito aziendale nella stessa specialità indipendentemente dalla struttura erogatrice. Nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Sono controlli quelli esplicitati come visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow up.

Si intendono visite di controllo anche quelle prescritte da medici specialisti, senza indicazioni esplicite, perché considerate visite richieste dopo un primo contatto con il Servizio sanitario regionale e/o nell'ambito di una prosecuzione di cura.

Sono quindi escluse dalla verifica dei tempi di attesa tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening, erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, per le quali la Regione ha previsto modalità di offerta attiva e fissazione particolare degli appuntamenti.

E. specifica e ridefinisce l'organizzazione del CUP regionale, per integrare l'offerta pubblica e del privato accreditato e, per supportare i percorsi diagnostico terapeutici, recependo le Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'accordo stato regioni 29 aprile 2010

Come già descritto nei paragrafi precedenti, la scelta della Regione Umbria è quella di realizzare un CUP regionale attraverso il quale sia possibile la prenotazione di tutte le prestazioni presso ogni tipo di struttura (pubblica o privata) da qualunque punto d'accesso del Sistema CUP.

A tale scopo, e tenuto conto anche delle Linee guida nazionali del sistema CUP, approvate con l'Intesa siglata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 aprile 2010, si ritiene necessario

definire le linee operative (modalità e tempi) da seguire affinché vengano rispettate le stesse regole nei diversi ambiti territoriali indipendentemente dalle scelte organizzative effettuate dalle singole Aziende. Per tale motivo i responsabili aziendali del sistema CUP e delle varie strutture di produzione devono costantemente confrontarsi al fine di assicurare decisioni coerenti con l'integrazione e l'omogeneizzazione informatica e informativa del sistema.

Tale sistema dovrà gestire l'intera offerta delle prestazioni, sia quelle a carico del SSN che in libera professione (intramoenia e intramoenia allargata), che devono essere comunque gestite separatamente, interfacciandosi con le diverse procedure di gestione dell'erogazione e supportando modalità di programmazione, ottimizzazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini.

Il sistema dell'offerta deve prevedere la realizzazione di una rete di prenotazione che consenta sia di "vedere" che di prenotare tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili sull'intero territorio regionale. A tale scopo il CUP deve essere strutturato in maniera tale da proporre, in prima battuta, l'offerta riferita al "bacino di utenza" dell'assistito individuato a partire dalla Azienda USL di assistenza dello stesso e, nel caso in cui il cittadino lo chieda o in caso di tempi di attesa incongrui, proporre ulteriori disponibilità nel resto del territorio regionale.

La realizzazione e il corretto funzionamento di tale Sistema sono resi possibili dalle attività dei servizi di Front-office e di Back-office deputati alle funzioni di programmazione e gestione degli accessi.

E.1. Attività del Back-office

Il Back-office deve occuparsi della programmazione e della manutenzione delle attività che permettono la prenotazione. Nel processo di realizzazione di un CUP regionale tale attività assume un ruolo fondamentale al fine di omogeneizzare funzioni e comportamenti, sia nella fase di avvio che in quella successiva di manutenzione.

Pertanto, il gruppo dei referenti del Back Office di ciascuna Azienda, già costituito, dovrà procedere ad un confronto sistematico per la gestione del sistema allo scopo di assicurare uniformità di scelte e una gestione centralizzata del sistema.

Le attività di cui il Back-office è responsabile sono le seguenti:

E.1.1. Gestione e programmazione delle agende di prenotazione.

L'agenda di prenotazione rappresenta l'unità minima per la gestione del sistema di offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; essa deve contenere tutte le informazioni necessarie per una corretta prenotazione:

- il catalogo delle prestazioni prenotabili e la relativa classificazione (tipologia, disciplina, branca specialistica, ecc);
- le indicazioni delle possibili preparazioni per l'utente per l'erogazione di ciascuna prestazione;
- le avvertenze per l'operatore CUP per la prenotazione della prestazione stessa;
- le differenti tipologie di profili di accesso alla prenotazione della prestazione (agenda prenotabile da operatori CUP, dalle farmacie, ecc.);
- i dati di chi eroga la prestazione (la struttura con i vari livelli: l'ubicazione dell'ambulatorio, l'equipe, il medico, ecc.) e di quando viene erogata (gli orari di servizio, i periodi di apertura e chiusura);
- il regime di erogazione della prestazione (SSN, intramoenia, ecc.) con le relative tariffe;
- la classe di priorità di accesso della prestazione e i parametri necessari al calcolo delle disponibilità da assegnare dinamicamente alle fasce di priorità. Qualora i posti relativi ad una classe di priorità rimangano inoccupati, nei giorni immediatamente precedenti la scadenza dovranno essere resi disponibili alla prenotazione in un'altra classe di priorità, allo scopo di utilizzare al meglio la capacità di offerta di ciascuna Azienda;

- la gestione separata dei primi accessi (sia visite che prestazioni diagnostico-terapeutiche) rispetto agli accessi successivi;
- riferimento alla disponibilità di erogazione della prestazione nel rispetto dei tempi d'attesa (tracciare la "rinuncia" del cittadino ad un "appuntamento").

Inoltre, al fine di dare attuazione alle indicazioni contenute nel PNGLA 2010-2012, l'agenda del sistema CUP deve permettere la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, attraverso l'individuazione delle prestazioni da inserire in liste di attesa distinte quando queste prestazioni sono afferenti a tali specifici percorsi. Infatti, per le prestazioni comprese all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici, è necessario prevedere, da parte delle strutture eroganti, una specifica programmazione, affinché i punti di prenotazione possano distinguerle all'interno del sistema delle prenotazioni.

A seguito della definizione a livello regionale delle modalità di erogazione dei percorsi diagnostico terapeutici con particolare riferimento a quelli correlati alle patologie oncologiche e cardiologiche, in base alle linee guida già disponibili, il Sistema CUP dovrà essere in grado di:

- distinguere i posti assegnati alle differenti tipologie di accesso;
- gestire i pazienti in lista in maniera distinta;
- prevedere meccanismi automatici di riconversione di posti dalle prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche rispetto ai successivi accessi e viceversa, in caso di posti rimasti vuoti, per ottimizzare la gestione e minimizzare i tempi morti;
- rilevare separatamente i tempi di attesa assegnati alle diverse tipologie di utenti.

Si ribadisce che alle Aziende è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni. Anche nei casi in cui si realizzino situazioni che impediscono l'erogazione delle prestazioni come ad esempio un guasto macchina, una eccezionale indisponibilità del personale, ecc. non è consentito interrompere l'attività di prenotazione, anche quando non sia noto il momento esatto di erogabilità della prestazione richiesta. Deve essere prevista perciò una procedura temporanea per l'inserimento delle richieste nel Sistema, finalizzata a garantire la continuità del servizio di prenotazione all'utente, al quale verranno comunicati i riferimenti della prenotazione temporanea (la prestazione richiesta, la data e l'ora di richiesta, ecc). Il Piano Aziendale dovrà definire le modalità con cui verranno successivamente comunicati all'utente le informazioni relative alla prenotazione realmente effettuata.

Un'attività indispensabile per migliorare la gestione delle liste di attesa è la rimodulazione dell'offerta. A tal fine le Aziende devono verificare, per ciascuna agenda, quale sia il "tasso di non presentazione" rispetto al piano di lavoro, allo scopo di individuare situazioni in cui sia necessario riprogrammare l'offerta e identificare soluzioni in relazione alle criticità riscontrate come ad esempio raggruppare prestazioni nei giorni della settimana caratterizzati da un minor tasso di non presentazione.

Anche la corretta gestione delle disdette è uno strumento utile all'ottimizzazione delle agende. L'utente dovrà essere informato che nel caso in cui è impossibilitato a presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire la prenotazione in tempo utile (almeno 24 ore prima), al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo nuovamente disponibile. L'Azienda deve pertanto favorire l'accessibilità ai servizi di disdetta attraverso diverse modalità (call center, e-mail, accessi preferenziali agli sportelli di prenotazione, fax, portali aziendali con funzionalità di disdetta on-line). E' anche necessario prevedere opportuni meccanismi di notifica (SMS, e-mail, ecc.), al fine di ricordare al cittadino la prenotazione effettuata.

Una criticità che attualmente si presenta in fase di prenotazione è la programmazione di un ciclo di prestazioni distribuito su un arco temporale, che deve conciliare il piano di cura previsto dal medico con le esigenze del servizio erogante e la programmazione di prestazioni multiple, cioè prescritte sulla medesima ricetta o su più ricette, ma presentate nello stesso momento, cercando la prima data utile in modo da effettuare le stesse contestualmente oppure altre date utili ad effettuare le prestazioni in tempi differiti, se l'utente ne manifesta l'esigenza. Occorre trovare soluzioni sia a livello organizzativo che informatico che permettano di risolvere il problema.

In tali casi l'applicativo dovrà gestire correttamente anche la “chiusura” della ricetta ai fini dell'invio dei dati art. 50, prevedendone la trasmissione solo nel momento in cui tutte le prestazioni presenti sulla ricetta siano state erogate, evitando in tal modo errori di “duplicazione” delle ricette.

E.1.2. Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione

Il Back office ha anche il compito di provvedere alla diffusione delle informazioni indirizzate sia agli operatori del CUP che ai punti di erogazione necessarie per la corretta gestione del sistema.

In particolare, nella fase di realizzazione del CUP regionale, si rende necessaria una formazione specifica agli operatori che fornisca tutti gli elementi utili al corretto utilizzo del sistema modificato per rispondere alle nuove modalità di funzionamento.

Il processo di comunicazione si rivolgerà con strumenti predisposti ad hoc e differenziati, agli operatori e ai professionisti con l'indicazione degli impegni da assolvere nei confronti dei cittadini e dei percorsi e delle modalità adottate dall'Azienda per rispettare i tempi previsti dalla normativa regionale.

A regime, per evitare comportamenti non uniformi sul territorio regionale, le Aziende dovranno fornire tempestivamente agli operatori e/o ai servizi erogatori ogni comunicazione relativa alle eventuali variazioni dell'offerta sanitaria e delle procedure di prenotazione (apertura ed estensione delle agende, attivazione di nuove prestazioni in prenotazione, modifica delle avvertenze all'operatore, modifica delle procedure di prenotazione o della normativa, ecc.).

Al fine di migliorare i servizi di prenotazione, si dovrà infine prevedere di raccogliere le possibili segnalazioni di problemi rilevati eventualmente anche attivando un servizio di Help Desk per gli operatori di sportello (relativamente, ad esempio, ad errati indirizzamenti dei pazienti, al mancato rispetto di vincoli o di limitazioni, ecc.) e condividere una soluzione con il servizio erogatore interessato.

E.1.3. Gestione degli aspetti di carattere informativo e informatico

Il Back Office deve occuparsi anche della gestione e manutenzione degli archivi anagrafici essenziali per la corretta gestione del sistema CUP regionale; questi aspetti sono indispensabili anche per una adeguata alimentazione dei flussi informativi (art.50, Flusso C, indicatori MeS, ecc..) necessari per il monitoraggio dei tempi d'attesa e di altri parametri utili alla programmazione aziendale e regionale, anche ai fini della rimodulazione dell'offerta.

- *Catalogo generale delle prestazioni*: occorre omogeneizzare la denominazione e i sinonimi delle prestazioni che sono state definite fino ad oggi in maniera differente nelle varie Aziende. Il lavoro è già stato effettuato per le prestazioni di laboratorio; per la revisione delle restanti prestazioni sono già attivi due sottogruppi del Back office, che dovranno terminare il lavoro entro la prima metà del 2011.
Occorre inoltre rivedere l'assegnazione di altri tipi di informazione (branca associata alle prestazioni, ciclicità, ecc..) a ciascuna prestazione del nomenclatore regionale.
- *Anagrafe delle strutture*: è necessario completare la definizione dell'assegnazione del codice STS11 a ciascuna struttura di erogazione tenuto conto che tale informazione è indispensabile al Ministero della Salute per valutare il rispetto dei tempi di attesa previsti tra gli adempimenti regionali (Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). Successivamente si dovrà prevedere una corretta manutenzione dell'archivio prevedendo nel sistema anche controlli che impediscano nella gerarchia delle strutture di non compilare le informazioni ritenute obbligatorie.
- *Catalogo delle indicazioni all'utente per la preparazione alla prestazione*: occorre omogeneizzare tali indicazioni, che oggi sono diverse anche all'interno della stessa Azienda. Successivamente si dovrà prevedere una gestione centralizzata di tale indicazioni.

- *Anagrafe medici prescrittori e anagrafe medici eroganti le prestazioni* (specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, ecc.): deve contenere i dati anagrafici, i pertinenti riferimenti organizzativi, le informazioni in merito alla tipologia di assistenza prestata, la tipologia di rapporto con il SSN, ecc.
- *Avvertenze per la prenotabilità della prestazione*: elenco delle indicazioni che permettono all'operatore CUP di effettuare correttamente la prenotazione (es. esami propedeutici all'effettuazione della prestazione richiesta).

Al fine di evitare disallineamenti tra le varie realtà aziendali, il gruppo dei referenti del Back Office, dopo aver provveduto all'omogeneizzazione degli archivi sopra indicati, dovrà condividere ogni eventuale necessaria modifica e assicurarne la gestione centralizzata, limitando l'uso di determinate funzioni messe a disposizione dal sistema solo ad utenti appositamente individuati per tale attività.

Le stesse modalità di gestione centralizzata dovranno essere assicurate anche per gli altri contenuti informativi come la classe di priorità, il tipo di erogazione (accesso diretto, ricetta SSN, ecc.), la distinzione tra prima visita/prestazione diagnostico-terapeutica rispetto ai successivi accessi, la data della prima disponibilità della prestazione, l'informazione sulla scelta da parte dell'utente di una prestazione con disponibilità diversa e le altre eventuali informazioni necessarie per calcolo tempi d'attesa.

Per il dettaglio di tali informazioni si rimanda alla sezione G inerente le modalità di monitoraggio.

Inoltre, come già condiviso con il gruppo regionale del Back Office, occorre definire una reportistica standardizzata, che il sistema dovrà mettere a disposizione, utile al monitoraggio delle liste d'attesa e al confronto delle diverse realtà aziendali al fine di evidenziare e promuovere le migliori modalità di gestione dell'offerta. L'applicativo dovrà inoltre implementare gli strumenti necessari al controllo della qualità dei dati, presupposto indispensabile per il monitoraggio dei tempi di attesa.

Infine, si ritiene indispensabile il completamento del passaggio alla versione ISES WEB del sistema CUP anche allo scopo di semplificare dal punto di vista tecnico l'adeguamento dell'applicativo alle esigenze informative/informatiche che si rendono necessarie.

E.1.4. Monitoraggio per il governo delle liste di attesa

Il sistema CUP deve prevedere la gestione e la raccolta delle informazioni anche ai fini del monitoraggio delle liste d'attesa secondo quanto previsto alla sezione G inerente le modalità di monitoraggio.

E.2. Attività del Front-office

E.2.1. Canali di accesso/fruizione del Sistema CUP

La regione Umbria intende implementare un sistema che semplifichi i processi per il cittadino rendendo disponibili una serie di servizi finalizzati a ridurre al minimo il numero di contatti con le strutture e il tempo necessario all'espletamento degli adempimenti amministrativi correlati.

A tale scopo, oltre al potenziamento delle modalità da tempo già in uso, come il FARMACUP che permette di effettuare le prenotazioni presso le Farmacie territoriali, si dovrà prevedere di implementare i sistemi di prenotazione telefonica e quella online.

Andranno aumentate la possibilità di prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari (Medici, infermieri, ecc...), oltre a quelle già attivate in alcune realtà (reparti di oncologia...), allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente.

E.2.2. Gestione della prenotazione

Il processo di prenotazione prevede l'inserimento di tutte le informazioni presenti sulla ricetta.

L'accuratezza di tale attività, dalla quale dipende la qualità dei dati (per l'art. 50, per il monitoraggio delle liste di attesa,...), è determinata sia dalla correttezza del procedimento seguito dall'operatore che dai controlli automatici previsti dal sistema.

E' fondamentale pertanto che le Aziende prevedano una adeguata formazione degli operatori di sportello e assicurino una tempestiva comunicazione delle eventuali variazioni dell'offerta sanitaria e delle procedure di prenotazione. Uno strumento efficace a supporto delle operazioni che deve effettuare l'operatore sono le impostazioni previste dal sistema; per tale motivo l'applicativo dovrà implementare strumenti utili a semplificare il procedimento di prenotazione e ad evitare errori formali e logici in fase di inserimento dati.

Il processo di prenotazione si sviluppa come segue:

- *identificazione dell'assistito e inserimento di informazioni ad esso relative*: tale attività deve essere effettuata attraverso l'uso della Tessera Sanitaria e mediante il collegamento del sistema CUP con le anagrafi sanitarie, anche ai fini della verifica di altre informazioni riferite all'utente presenti in tale archivio (ad esempio le esenzioni)

- *inserimento del codice ricetta*: deve essere effettuata tramite lettura ottica; in ogni caso il sistema deve prevedere il controllo formale dell'algoritmo del codice nel caso lo stesso venga inserito manualmente, al fine di evitare duplicazioni di ricette

Inoltre, l'applicativo deve effettuare controlli automatizzati in grado di verificare l'eventuale già avvenuta prenotazione/erogazione della medesima ricetta e prestazione. Ciò al fine di prevenire la possibilità di effettuare più prenotazioni a fronte della medesima impegnativa non solo all'interno della stessa Azienda ma anche a livello regionale

- *inserimento delle prestazioni*: l'operatore deve poter individuare la prestazione da prenotare con tutte le possibili differenti modalità: per codice prestazione, per elementi descrittivi, per tipologia, per branca, per sinonimi, ecc.

- *prenotazione delle prestazioni indicate*: il sistema deve offrire all'utente in prima istanza il primo posto libero presente nell'ambito territoriale di riferimento dell'assistito, Azienda USL, e successivamente, qualora l'utente ne faccia richiesta o in caso di tempi di attesa non congrui, le ulteriori disponibilità all'interno del territorio regionale, in coerenza con i criteri definiti per il tipo di prestazione da prenotare (primo accesso o controllo, priorità di accesso, ecc.) e tenendo traccia della scelta operata dall'utente

Si dovrà inoltre prevedere la corretta gestione dei cicli di prestazioni e di prestazioni multiple, secondo quanto indicato al paragrafo

E.2.3. Gestione e programmazione delle agende di prenotazione

- *contabilizzazione e cassa*: occorre implementare le modalità di pagamento del ticket al fine di agevolare il cittadino, aggiungendo altri possibili canali di pagamento come uffici postali, ricevitorie,

Inoltre, tenuto conto del carattere "regionale" del CUP, è necessario attivare procedure gestionali che permettano all'utente di pagare il ticket in qualunque punto di prenotazione/erogazione non solo nell'Azienda in cui la prestazione viene erogata. In tal caso le Aziende dovranno definire criteri di compensazione negli accordi di fornitura.

- *mancato ritiro del referto ai sensi della Legge Finanziaria nazionale n° 296/06 comma 796. lettera R*: Il mancato ritiro del referto da parte dell'utente entro 30 giorni comporta l'obbligo del pagamento dell'intero costo della prestazione ottenuta. Qualora tale referto non venga ritirato l'Azienda Sanitaria di residenza, alla quale dovrà essere inoltrata comunicazione dall'Aziende erogatrice, invierà al domicilio del soggetto che ha ottenuto la prestazione, una comunicazione di richiesta del pagamento dovuto. La comunicazione indica: il costo della prestazione decurtata dall'eventuale ticket già pagato, la causale del versamento e le modalità di effettuazione del versamento. Il pagamento deve essere effettuato anche da parte di cittadini esenti dal pagamento del ticket; i 30 giorni decorrono dalla data nella quale il referto avrebbe dovuto essere ritirato.

E. 3. Indicatori di performance del Sistema CUP

Indicatori riguardanti i tempi di attesa sono inseriti nel sistema complesso di valutazione del servizio sanitario, strumento che la Regione Umbria sta utilizzando ormai da alcuni anni; nell'area che valuta la capacità di perseguimento delle strategie regionali sono considerati anche indicatori che calcolano la percentuale dei tempi di attesa che vengono garantiti ai cittadini umbri. Gli indicatori sono di fatto quelli che scaturiscono dai sistemi di monitoraggio, che nel sistema di valutazione della performance, vengono messi a confronto con risultati conseguiti nelle altre Regioni, permettendo un giudizio complessivo sulle strategie programmatiche adottate dalla regione.

F. individua modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa

Ai cittadini /utenti, come già stabilito dal precedente PRCTA 2006-2008, vanno assicurati sistemi di garanzia nel caso in cui si verificano, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, le seguenti situazioni:

- Prenotazioni nel bacino di utenza aziendale di residenza oltre i tempi massimi stabiliti: in tal caso i cittadini hanno diritto ad effettuare la prestazione in strutture extra aziendali pubbliche o private autorizzate provvisoriamente convenzionate (a norma della DGR 6475/98), senza oneri aggiuntivi. A tale scopo, ove il cittadino intenda avvalersi di tali strutture, il servizio CUP si farà carico di prenotare sulle strutture utilizzabili a livello regionale, rilasciando apposito attestato che dichiara l'impossibilità di prenotare la prestazione richiesta presso le strutture della azienda di residenza entro i tempi massimi stabiliti. Il cittadino con tale attestato e presentando ricevuta/fattura di esecuzione della prestazione, potrà poi recarsi presso la cassa riscossione ticket della propria asl di residenza dove avrà diritto al rimborso della quota pari alla compartecipazione alla spesa prevista per la prestazione richiesta.
- Mancata erogazione nel giorno stabilito della prestazione prenotata: in tal caso è compito della Azienda, una volta stabilita l'impossibilità di erogare tale prestazione dalla struttura prevista nel tempo stabilito, individuare percorsi alternativi mettendo in atto forme di presa in carico del paziente. Il cittadino ha altresì diritto ad una informazione tempestiva in relazione al verificarsi dell'evento. In questo caso il cittadino, se la prestazione non verrà comunque erogata entro i tempi massimi stabiliti, avrà diritto allo stesso risarcimento dei casi precedenti.

E' compito delle Aziende diffondere le informazioni di cui sopra.

G. elenca e definisce i flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa e della sospensione dell'erogazione delle prestazioni

I flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa sono definiti nelle "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa" emanate dal Ministero della Salute come previsto dal PNGLA 2010-2012, condivise con le Regioni, le Province autonome e l'AGENAS.

Esse individuano categorie differenti di monitoraggio e ne specificano le relative informazioni:

G.1. Monitoraggio prestazioni di specialistica ambulatoriale

G.1.1 Monitoraggio ex-post

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003.

Il DM 18 marzo 2008 recante “Revisione del decreto ministeriale 27 luglio 2005, attuativo del comma 5 dell’art.50 della Legge n. 326 del 2003 (Progetto Tessera Sanitaria), concernente i parametri tecnici per la trasmissione telematica delle ricette” ha implementato le informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. Verranno monitorati i dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate alla sezione A.1 del presente Piano regionale erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi Aziendali, come in grado di garantire la soddisfazione del 90% dei pazienti che vi richiedono la erogazione della prestazione.

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell’art. 50 suddetto per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatorî ai fini del monitoraggio stesso. In particolare:

Data di prenotazione: data riferita all’assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta

Data di erogazione della prestazione: data riferita all’effettiva erogazione della prestazione.

Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, oppure, nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l’esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow up).

Classe di priorità: fa riferimento al sistema di prenotazione definito per classi di priorità sopra descritto che differenzia l’accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell’utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

La valorizzazione del campo “classe di priorità” è obbligatoria solo per il primo accesso. L’indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore.

Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa saranno esclusivamente le classi di priorità B e D.

Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l’utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell’utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

La valorizzazione del campo “Garanzia dei tempi massimi” è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

G. 1.2. Monitoraggio ex ante

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui alla sezione A.1 del presente Piano regionale..

In particolare per l’anno 2011 il monitoraggio verrà effettuato sulle seguenti prestazioni:

Numero	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codice nomenclatore
1	visita cardiologica	89.7
2	visita chirurgia vascolare	89.7
3	visita endocrinologica	89.7
4	visita neurologica	89.13

5	<i>visita oculistica</i>	95.02
6	<i>visita ortopedica</i>	89.7
7	<i>visita ginecologica</i>	89.26
8	<i>visita otorinolaringoiatra</i>	89.7
9	<i>visita urologica</i>	89.7
10	<i>visita dermatologica</i>	89.7
11	<i>visita fisiatrice</i>	89.7
12	<i>visita gastroenterologica</i>	89.7
13	<i>visita oncologica</i>	89.7
14	<i>visita pneumologica</i>	89.7
17	<i>TAC con e senza contrasto Addome superiore</i>	88.01.2 - 88.01.1;
18	<i>TAC con e senza contrasto Addome inferiore</i>	88.01.4 - 88.01.3;
19	<i>TAC con e senza contrasto Addome completo</i>	88.01.6 - 88.01.5;
20	<i>TAC con e senza contrasto capo</i>	87.03 – 87.03.1
23	<i>RMN cervello e tronco encefalico</i>	88.91.1 - 88.91.2;
26	<i>RMN colonna vertebrale</i>	88.93 – 88.93.1;
31	<i>Ecografia Addome</i>	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;

Per l'anno 2012/2013 le prestazioni da monitorare sono tutte quelle contenute nella sezione A.1 del presente Piano regionale.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN. Il periodo indice è rappresentato dalla prima settimana dei mesi di aprile e ottobre di ciascun anno.

Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D. I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio ex ante sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN.	
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Inserire 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12
Numero totale di prenotazioni	Indica il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice
Numero prenotazioni da garantire	Indica il numero di prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice (è un di cui del valore precedente)
Numero prenotazioni con classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con classe di priorità B, per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità B per ciascuna prestazione nella settimana indice
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni con classe di priorità D	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , quella quota di prenotazioni con classe di priorità D, per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità D per ciascuna prestazione nella settimana indice
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.

Si rimanda alle Linee Guida Ministeriali sopra indicate per le specifiche tecniche del flusso informativo che ciascuna Azienda dovrà inviare alla Regione.

La trasmissione dei dati sopra indicati dovrà essere effettuata da ciascuna Azienda mediante il modello di rilevazione in formato "excel" come già sperimentato negli anni precedenti a livello nazionale, a partire dal **1 gennaio 2011**. Le informazioni dovranno essere rilevate nella settimana indice, e trasmesse alla Regione, con cadenza semestrale, entro il mese di maggio e novembre. La regione dovrà trasmettere nei tempi richiesti i dati al livello nazionale

G.2. Monitoraggio dei ricoveri ospedalieri

Il monitoraggio riguarda le prenotazioni dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati alla sezione A.2 del presente Piano regionale effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

Il Decreto Ministeriale del 8 luglio 2010 n. 135 sul Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380, ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità per il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri.

I campi inseriti nel tracciato SDO necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono:

Codice struttura: indica il codice della struttura di ricovero (compresi gli stabilimenti).

Il campo è di tipo alfanumerico di 8 caratteri.

Tipo di ricovero: individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri di urgenza e dai ricoveri obbligatori.

Il monitoraggio interesserà i ricoveri programmati non urgenti e i ricoveri programmati con preospedalizzazione, con esclusione delle prestazioni di ricovero urgente e TSO.

Regime di ricovero: distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno.

Data di prenotazione: indica la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuto all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

Classe di priorità: il codice, ad un carattere, da utilizzare, è il seguente:

- A - ricovero entro 30 giorni
- B - ricovero entro 60 giorni
- C - ricovero entro 180 giorni
- D - ricovero entro 12 mesi

Codice intervento chirurgico: è relativo agli interventi chirurgici principali o secondari che si sono effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.e.i.

Data intervento chirurgico: indica la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico principale. Se la data di intervento non è presente si considera la data di ricovero più la degenza media preoperatoria regionale.

Si riportano di seguito le tabelle dei codici intervento per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri:

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	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 -	Categorie 153 -

		48.6	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	162
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 – 28.3	

Il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri si effettua attraverso il flusso SDO trasmesso al Ministero della Salute tramite l'NSIS, con le tempistiche previste dal citato DM del 8 luglio 2010 n. 135, a partire dal **1 luglio 2010**.

Il monitoraggio avverrà a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010 e consisterà nel verificare la presenza di data di prenotazione e classi di priorità in una percentuale pari al 50% della casistica.

G.3. Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione di prestazioni

Si ribadisce che alle Aziende è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, così come previsto dal comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006. Nei casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è "inevitabile" perché legata a motivi tecnici dovranno essere adottate le indicazioni fornite dalle linee guida prodotte dall'AGENAS e che sono state già recepite con il precedente Piano Regionale.

Ciascuna Azienda trasmetterà semestralmente alla Regione (luglio e gennaio) l'elenco delle strutture che hanno interrotto il servizio, specificandone la motivazione; la Regione a sua volta provvederà ad inviare la documentazione al Ministero della Salute, che renderà disponibili i relativi risultati.

Il flusso è già definito e utilizzato dal 2009; le Aziende Sanitarie trasmettono i dati alle scadenze definite tramite un apposito applicativo in excel, con disciplinare tecnico condiviso a livello nazionale.

H. ridefinisce il ruolo delle prestazioni erogate in regime libero professionale all'interno dell'Azienda nell'ambito del governo delle liste di attesa, stabilendone il monitoraggio

Un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogata dai professionisti per conto e a carico delle Aziende è utile per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche. Le Aziende dovranno attivare secondo programmi condivisi a livello regionale, la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta. I programmi aziendali già attivati, che prevedono percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicati, devono essere completati e ottimizzati.

Le Aziende Sanitarie regionali infatti già hanno attivato sistemi di prenotazione e controllo dell'attività libero professionale dell'Azienda. Impegno particolare deve essere posto per la prenotazione delle prestazioni in libera professione intramuraria che deve avvenire tutta a CUP.

In attesa dell'emanazione delle Linee Guida per il monitoraggio dell'ALPI da parte di AGENAS in collaborazione con il Ministero della salute e le Regioni, si prosegue il monitoraggio secondo le modalità ormai consolidate, come effettuato negli anni precedenti.

I. definisce iniziative di Information & Communication Technologies in tale ambito.

Anche il protocollo di intesa siglato tra il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e il Presidente della Regione Umbria, sottolinea che le tematiche riguardanti la Sanità elettronica previste sono di interesse prioritario e già tenute in considerazione nella programmazione strategica regionale.

Si fa riferimento in particolare alla informatizzazione della Medicina Generale, all'invio telematico dei certificati di malattia per i lavoratori, alla introduzione della ricetta digitale, al Fascicolo Sanitario Elettronico, ai progetti innovativi di telemedicina.

Particolare interesse e impegno sta richiedendo la riorganizzazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale (anche questo indicato dal protocollo di intesa), che come previsto già dal Piano straordinario per il Contenimento dei Tempi di Attesa, ma soprattutto dal presente PRCTA 2011-2013, consente la prenotazione delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio regionale, prevedendo anche il collegamento dei Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e le farmacie.

L. Individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere al monitoraggio della loro presenza sui siti WEB aziendali oltre che regionale

La Regione intende potenziare l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa sia nei confronti del cittadino/utente che dei soggetti coinvolti nell'attività di gestione delle liste stesse (medici prescrittori, operatori, ecc...).

Un apporto fondamentale per la realizzazione di tale attività si avrà dal confronto con le organizzazioni sindacali e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori che avverrà nell'ambito di appositi tavoli istituiti dalla Regione.

L'informazione e la comunicazione verso il cittadino deve essere realizzata attraverso specifiche campagne informative, gli URP aziendali, la carta dei servizi e i siti web aziendali e regionale. Questi ultimi in particolare devono essere il principale strumento informativo e, per tale motivo, dovranno essere aggiornati tempestivamente con cadenza settimanale. Essi devono contenere i tempi massimi delle prestazioni indicate dal Piano Regionale e le strutture sanitarie in cui tali tempi devono essere garantiti. Si dovrà prevedere inoltre la pubblicazione di report di monitoraggio contenenti tutte le informazioni utili all'utente.

A tale scopo la Regione definirà una reportistica standard che mostri in particolare: la percentuale delle prestazioni erogate entro i tempi massimi stabiliti, i tempi medi di attesa, le eventuali sospensioni delle erogazioni (entro 24 ore dal verificarsi dell'evento) e le attività complessive periodiche per ciascuna prestazione erogata sia a carico del SSR che in libera professione.

I Programmi attuativi aziendali dovranno prevedere strumenti di comunicazione che permettano l'instaurazione di un rapporto continuo con i cittadini e le loro rappresentanze, finalizzato non solo a fornire un'informazione corretta sulle scelte adottate dalle Aziende Sanitarie nei programmi attuativi, ma soprattutto ad instaurare un rapporto che nel tempo renda possibile un confronto sistematico sull'andamento dei fenomeni connessi alle liste di attesa.

L'informazione dovrà essere completa anche riguardo ai doveri che il cittadino è tenuto a rispettare. In particolare lo stesso va sollecitato a dare disdetta della prenotazione nel caso di impossibilità a presentarsi per l'appuntamento, rendendo note nel contempo da parte delle strutture sanitarie le modalità attivate dalle aziende per favorire la disdetta. Va inoltre richiamata la previsione dell'art. 1, comma 796 legge n. 296 del 27/12/2006 (Legge Finanziaria 2007) secondo cui il cittadino è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero delle prestazioni di cui non ritira il referto entro 30 giorni dall'erogazione della prestazione. L'Azienda USL competente ad esercitare il recupero in caso di mancato ritiro del referto da parte dell'utente è quella di residenza del soggetto.

M. Programmi attuativi aziendali

Come stabilito dal punto 9 del PNGLA 2010-2012 le Regioni entro 60 giorni dall'aggiornamento delle Linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) devono adottare il proprio Piano Regionale.

Il presente Piano quindi è proposto dalla Regione Umbria, vista l'importanza della materia e la urgenza sentita dalla programmazione regionale di dare indirizzi in continuità al piano precedente ormai scaduto, pur prevedendo una eventuale rimodulazione/specificazione alla luce delle suddette linee guida nazionali ancora non emanate.

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, le Aziende Sanitarie umbre dovranno adottare il programma attuativo aziendale, in coerenza con quello definito a livello regionale e prima ancora nazionale.

Il programma aziendale deve:

- Ricepire i tempi massimi di attesa individuati dal piano regionale
- Prevedere l'applicazione delle misure previste da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti
- Individuare le strutture erogatrici nelle quali i tempi massimi di attesa per le prestazioni sono garantiti almeno al 90% dei cittadini richiedenti
- Assicurare la diffusione e l'accesso alle informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (siti Web), prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta)