



Regione Molise

Assessorato alla Sanità

DIREZIONE GENERALE V

POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

*Osservatorio Regionale
Sulla Qualità Dei Servizi Sanitari*

PIANO REGIONALE

DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

PER IL TRIENNIO 2011-2013

Luglio 2011

PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2011-2013

1. PREMESSA

Il fenomeno delle *liste d'attesa* rappresenta un problema per ogni servizio sanitario capace di offrire un livello d'assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato.

La sua complessità, per l'impatto che determina sia sull'organizzazione del SSR che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni garantite dai LEA, richiede che il governo delle liste rappresenti un obiettivo prioritario in materia di salute. Nella Regione Molise tale attività di gestione e di governo per il contenimento dei tempi di attesa costituisce ancora di più una sfida, nel momento in cui il SSR è sottoposto ad una profonda verifica organizzativa per la necessità di riduzione dei costi e razionalizzazione delle spese. E' facile infatti in questo caso che ogni provvedimento pensato e adottato nell'ottica del risparmio di risorse economiche, se non accompagnato da un impegno nel riequilibrio e nel recupero di efficienza organizzativa e strategie di governo e gestione sia della domanda di prestazioni che dell'offerta, possa tradursi in una grande difficoltà del Cittadino a vedere soddisfatto il suo legittimo diritto a risposte al suo bisogno di salute in tempi adeguati da parte del sistema.

Risulta chiaro quindi che in questo scenario il problema non può essere risolto solo attraverso tentativi di ampliamento dell'offerta e di aumento dei volumi di produzione, ma anche e forse soprattutto, dati gli obiettivi di governo economico del sistema, attraverso una migliore e attenta strategia di governo e gestione della domanda, che deve tener conto sia dell'appropriatezza sia di criteri di priorità nell'erogazione della prestazione richiesta.

La Regione Molise da tempo ha assunto tra gli obiettivi prioritari del propri SSR quello di riuscire ad intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Con tali motivazioni e in coerenza con il **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)** , come da Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, è stato elaborato il **Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) valido per il triennio 2011-2013.**

2. RICOGNIZIONE NORMATIVA STORICA DEI PROVVEDIMENTI ADOTTATI DALLA REGIONE MOLISE IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA.

Anche a miglior definizione del nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, risulta utile sottolineare che la Regione Molise ha da tempo adottato atti e avviato attività volti ad affrontare il problema delle liste d'attesa.

Va menzionata all'uopo la **DGR del 3 novembre 2004, n.1420** recante *“Indicazioni regionali sulle modalità e priorità d'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e in regime di ricovero e sui tempi massimi d'attesa. Recepimento dell' Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e del DPCM del 16 aprile 2002”*.

Con tale atto la Regione Molise avviò l'introduzione sperimentale dei criteri di priorità nelle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri, fissò tempi massimi d'attesa per alcune prestazioni critiche, intraprese l'adeguamento dei programmi informativi del CUP regionale alle nuove esigenze, richiese l'adozione delle Agende di Prenotazione di Ricovero alle strutture ospedaliere, individuò nell' Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari (ORQSS) l'organismo referente e di coordinamento sulla materia dei tempi d'attesa.

Successivamente la Regione Molise ha approvato la **DGR n.108 del 9 febbraio 2007** *“Preso d'atto dell'attività svolta per la corretta applicazione delle indicazioni regionali sulle modalità e priorità d'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e in regime di ricovero e sui tempi massimi d'attesa, secondo la DGR n. 1420 del 3 novembre 2004 in recepimento dell' Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e del DPCM del 16 aprile 2002. Preso d'atto e approvazione del “Piano sperimentale operativo per la riduzione dei tempi d'attesa e il miglioramento dell'appropriatezza della domanda delle prestazioni specialistiche ambulatoriali”*.

A seguire, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale, è stato elaborato il Piano regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa, adottato con la **DGR n.184 del 6 marzo 2007** *“ Piano Regionale di contenimento dei Tempi di Attesa per le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e in regime di ricovero ospedaliero - Adempimenti ex Accordo Stato-Regioni 28 marzo 2006”*.

In osservanza delle indicazioni del Piano Regionale, la **ASREM** successivamente ha approvato il **provvedimento aziendale n.350 del 5 giugno 2007** recante *“Adozione Piano Attuativo Aziendale definitivo del Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa”*.

Da ultimo, in attesa dell'elaborazione del nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa, l'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari ha diffuso la **direttiva del 22 febbraio 2011** recante *“Azioni urgenti per il Contenimento dei Tempi Di Attesa e attuazione delle Linee Guida sulle Modalità di Trasmissione e Rilevazione dei Flussi Informativi per il Monitoraggio dei Tempi Di Attesa”* al fine di attuare alcune azioni di anticipazione del Piano.

3. AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DELLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE, TERAPEUTICHE E RIABILITATIVE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI ASSISTENZA OSPEDALIERA. DETERMINAZIONE DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Sulla base dell'esperienza di monitoraggio acquisita in questi anni, le indicazioni del nuovo PNGLA 2011-2013 prevedono una modifica dell'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio rispetto al precedente Piano Nazionale del 2006. In particolare sono state eliminate alcune prestazioni che non hanno mostrato criticità particolari negli anni e sono state incluse invece alcune prestazioni la cui criticità è risultata emergente.

Nel presente **PRGLA** vengono dunque fissati i tempi massimi di attesa per la Regione Molise da garantire almeno al 90% dei richiedenti le prestazioni sanitarie presso le strutture sanitarie erogatrici da indicare nel previsto Programma Attuativo Aziendale.

Si procede comunque prima a precisare l'individuazione dei criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche e ai ricoveri ospedalieri e la corretta definizione delle prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche (primo accesso) rispetto ai controlli.

3.1 Determinazione dei criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche.

Nelle procedure di richiesta e prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno della prescrizione medica dovrà essere obbligatoriamente indicata da parte del medico prescrittore la classe di priorità per tutte le prestazioni di primo accesso così come di seguito definite.

Le classi di priorità applicabili alle prestazioni ambulatoriali specialistiche sono riportate in tabella:

CLASSE DI PRIORITA' PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	INDICAZIONI
"U" (Urgente)	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un arco di tempo molto breve, la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 72 ore
"B" (Breve)	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un arco di tempo breve, la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
"D" (Differibile)	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
"P" (Programmata)	Prestazione che può essere programmata in un maggior arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

Nel caso il medico prescrittore non abbia compilato la codifica della classe di priorità per la prestazione richiesta, al momento della prenotazione essa **verrà considerata come classe “P”**. Sarà dunque importante che la ASREM preveda **adeguata informazione** e adotti **disposizioni precise per i medici prescrittori** a tal riguardo.

Viene inoltre ribadita la necessità che il medico prescrittore specifichi sempre il **quesito diagnostico** per il quale effettua la richiesta di prestazione specialistica anche al fine di poterne verificare **l’appropriatezza prescrittiva**.

A tal fine nel **Programma Attuativo Aziendale** la ASREM dovrà prevedere le modalità di revisioni periodiche e di messa in atto delle relative procedure di verifica dell’appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento: all’utilizzo delle classi di priorità; alla presenza del quesito diagnostico; alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.

3.2 Definizione delle diverse modalità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ai fini della verifica dei Tempi di Attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali risulta necessario distinguere il caso di una prima visita o di una prima richiesta di esame specialistico, che verranno considerate ai fini del monitoraggio, rispetto alle visite o esami di controllo che non dovranno essere valutate ai fini del monitoraggio dei Tempi di Attesa.

I medici prescrittori sono obbligati a segnalare nella prescrizione oltre al quesito diagnostico anche l’indicazione se si tratti di primo accesso o controllo

- Primo accesso (prima visita o primo esame):

Sarà considerato **primo accesso** del paziente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali quello in cui il problema clinico attuale viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, con un’ **indicazione specifica di “primo accesso” da parte del medico prescrittore** e che non sia stato preceduto nel corso dei sei mesi precedenti da una medesima prestazione specialistica effettuata in ambito aziendale indipendentemente dalla struttura sanitaria erogatrice. Sono da considerare primi accessi anche quelli richiesti per pazienti cronici che presentino un peggioramento del quadro clinico, una riacutizzazione della malattia o un nuovo problema clinico, correlato o meno alla patologia cronica di base. Anche in questi casi sarà necessaria l’indicazione da parte del medico prescrittore della dizione “primo accesso”.

- Controllo (visita o esame di controllo):

Si definiscono **controlli** le visite o gli esami specialistici successivi ad un **inquadramento diagnostico e/o terapeutico già conclusi** dopo un primo accesso del paziente per la patologia in esame. Si tratta in questo caso di prestazioni sanitarie che hanno lo scopo di seguire nella sua evoluzione una patologia cronica, una valutazione di sue complicanze, un approfondimento diagnostico o un aggiornamento terapeutico, indipendentemente dal tempo intercorso dal primo accesso. Sono controlli anche le prestazioni successive al primo accesso dopo che lo specialista ha preso in carico il paziente e ne ha già definito l’inquadramento diagnostico. In questo caso, nel caso cioè in cui l’inquadramento diagnostico sia stato già effettuato in un primo accesso, le successive prestazioni di approfondimento richieste dallo specialista sono da considerare come controlli. Sulla prescrizione dovrà essere indicata la dicitura “Controllo”. Tutti i controlli vanno indicati con la **classe di priorità “P”**.

3.3 Elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con tempi di attesa garantiti e oggetto di monitoraggio

Sono oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa le prestazioni specialistiche ambulatoriali di primo accesso riportate di seguito in tabella. I tempi massimi di attesa per le singole prestazioni sono definiti in base alla classe di priorità indicata al momento della richiesta.

- VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina	Tempo massimo di attesa (giorni)
1	Visita cardiologica	89.7	8	30 (10 gg. per classe di priorità A)
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14	30 (10 gg. per classe di priorità A)
3	Visita endocrinologica	89.7	19	30 (10 gg. per classe di priorità A)
4	Visita neurologica	89.13	32	30 (10 gg. per classe di priorità A)
5	Visita oculistica	95.02	34	30 (10 gg. per classe di priorità A)
6	Visita ortopedica	89.7	36	30 (10 gg. per classe di priorità A)
7	Visita ginecologica	89.26	37	30 (10 gg. per classe di priorità A)
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38	30 (10 gg. per classe di priorità A)
9	Visita urologica	89.7	43	30 (10 gg. per classe di priorità A)
10	Visita dermatologica	89.7	52	30 (10 gg. per classe di priorità A)
11	Visita fisiatrica	89.7	56	30 (10 gg. per classe di priorità A)
12	Visita Gastroenterologica	89.7	58	30 (10 gg. per classe di priorità A)
13	Visita oncologica	89.7	64	15

14	Visita Pneumologica	89.7	68	30 (10 gg. per classe di priorità A)
-----------	---------------------	------	----	--

- PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
Diagnostica per Immagini			
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3	60 (10 gg. per classe di priorità A)
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5	60 (10 gg. per classe di priorità A)
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5	60 (10 gg. per classe di priorità A)
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	60 (10 gg. per classe di priorità A)
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4	60 (10 gg. per classe di priorità A)

28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3	60 (10 gg. per classe di priorità A)
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5	60 (10 gg. per classe di priorità A)
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 -88.76.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
Altri esami Specialistici			
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42	60 (10 gg. per classe di priorità A)
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	60 (10 gg. per classe di priorità A)
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16	60 (10 gg. per classe di priorità A)
37	Elettrocardiogramma	89.52	60 (10 gg. per classe di priorità A)
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	60 (10 gg. per classe di priorità A)
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43	60 (10 gg. per classe di priorità A)
40	Audiometria	95.41.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
42	Fondo Oculare	95.09.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
43	Elettromiografia	93.08.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)

3.4 Implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici nell'area oncologica e cardiovascolare. Prestazioni traccianti e tempi massimi d'attesa

Le azioni di prevenzione primaria e secondaria rappresentano un metodo efficace per la riduzione dell'incidenza e della mortalità sia per le neoplasie che per le malattie dell'apparato cardiovascolare. Al fine di una riduzione della mortalità per queste patologie anche un intervento tempestivo sia diagnostico che terapeutico risulta estremamente utile. Per tale scopo è necessaria la definizione di specifici **percorsi diagnostici e terapeutici (PDT)** in cui l'assistenza per le patologie viene dettagliata in una erogazione sequenziale e coordinata di prestazioni sanitarie, erogate alcune in regime ambulatoriale e altre in corso di degenza ospedaliera e svolte secondo una tempistica adeguata e garantita per l'utente del SSR.

La Regione Molise nell'ottica di un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata dal SSR ha previsto l'elaborazione di linee guida e di percorsi diagnostico-terapeutici per alcune patologie di maggiore diffusione e gravità. A tal proposito sono già state adottate le seguenti deliberazioni:

- **DGR n. 769 del 29 giugno 2007** *“Approvazione linee guida organizzative per l'assistenza territoriale e ospedaliera in oncologia e adozione dei percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici nelle neoplasie della mammella e del colon-retto”*;
- **DGR n. 46 del 28 gennaio 2008** *“Approvazione e adozione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici nelle Neoplasie della Cervice Uterina, del Polmone, della Prostata - Piano Operativo di Rientro -Accordo 27 marzo 2007 tra Regione Molise, Ministero della Salute, Ministero Economia e Finanze, approvato con DGR n.362 30 marzo 2007 - Obiettivo Specifico 7: Regolazione dell' assistenza specialistica territoriale di diagnosi e cura - Obiettivo Operativo 7.2: Appropriately dell'assistenza specialistica territoriale e ambulatoriale ospedaliera.”*

In linea con le indicazioni del PNGLA la Regione Molise si impegna a garantire agli utenti del SSR **tempi massimi di attesa di 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento in cui è stata effettuata l'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti per i seguenti PDT:**

- **Neoplasia del Colon-Retto**
- **Neoplasia del Polmone**
- **Neoplasia della Mammella**
- **By-pass aortocoronarico**

I suddetti PDT saranno sottoposti a verifica dei tempi di attesa secondo le indicazioni contenute nel documento *“Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi”* condiviso tra Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e AGENAS, così come previsto al punto 3.3 del PNGLA 2010-2012 e allegato al presente documento (*allegato 1*)

3.5 Individuazione degli ambiti territoriali in cui garantire le prestazioni specialistiche ambulatoriali e informazione ai cittadini

Nel **Programma Attuativo Aziendale** dovranno essere definite e sviluppate le politiche complessive di intervento da parte della ASREM per il contenimento dei Tempi d'Attesa, considerando gli obiettivi, gli indirizzi e le linee operative tracciate nel Piano Regionale.

Il Programma dovrà individuare nel territorio regionale le strutture pubbliche o private accreditate attraverso le quali si garantisce l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi stabiliti. Tali strutture dovranno essere individuate secondo criteri di complessità della prestazione e di localizzazione. In particolare:

- Le **prestazioni di base**, caratterizzate da una elevata domanda e da bassa o media complessità tecnologica e specialistica, dovranno essere garantite su base pluridistrettuale facendo riferimento ai distretti compresi nei seguenti ambiti territoriali di garanzia:
 - **Ambito territoriale di garanzia 1 (Distretti sanitari ricadenti nel territorio della ex - zona sanitaria di Campobasso)**
 - **Ambito territoriale di garanzia 2 (Distretti sanitari ricadenti nel territorio delle ex - zone sanitarie di Isernia ed Agnone)**
 - **Ambito territoriale di garanzia 3 (Distretti sanitari ricadenti nel territorio della ex - zona sanitaria di Termoli-Larino)**
- Le **prestazioni di alta specialità**, caratterizzate da minore domanda ed elevata complessità tecnologica e specialistica, dovranno essere **garantite in ambito regionale** o, solo in caso di indisponibilità dei servizi eroganti le prestazioni di elevata specialità sul territorio regionale, mediante accordi contrattuali con strutture sanitarie extra regionali.

Il Programma Attuativo Aziendale dovrà individuare le modalità o la specificazione delle strutture erogatrici nell'ambito delle quali, secondo le indicazioni suddette, i tempi massimi di attesa per le prestazioni specialistiche di cui al punto 3.3 del presente PRGLA sono garantiti almeno al 90 % dei cittadini richiedenti e dovrà assicurare la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti web aziendali), nonché prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia).

**4. CUP REGIONALE E CALL CENTER SANITARIO. ORGANIZZAZIONE PER
L'INTEGRAZIONE DELL'OFFERTA PUBBLICA E DEL PRIVATO ACCREDITATO E
PER IL SUPPORTO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI. RECEPIMENTO
DELLE LINEE GUIDA NAZIONALI SUL SISTEMA CUP
(ACCORDO STATO-REGIONI 29 APRILE 2010)**

**4.1 il Sistema Unico Regionale di Prenotazione: il Centro Unificato di Prenotazione regionale e
il Call Center Sanitario**

Dall' anno 2000 la Regione Molise ha attivato un **Centro Unificato di Prenotazione (CUP)**, al fine di semplificare e velocizzare le prenotazioni per prime visite, esami diagnostici e controlli, con la possibilità di conoscere anche i relativi tempi di attesa.

Il **sistema CUP regionale** è sostanzialmente già organizzato secondo il modello indicato nelle Linee Guida Nazionali (accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010) come **Centro Unificato di Prenotazione**, un sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, finalizzato, a regime, a gestire l'intera offerta delle prestazioni sanitarie erogate presso le strutture pubbliche, private accreditate, intramoenia. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

L'attuale **CUP regionale**, al momento ancora organizzato secondo un sistema di possibilità di prenotazione che faceva riferimento alle aree territoriali corrispondenti alle quattro Aziende Sanitarie esistenti in precedenza sul territorio regionale, entro **l'anno 2011** verrà riorganizzato secondo un **unico ambito regionale** corrispondente all'unificazione amministrativa **nell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM)**. Tale modalità permetterà la possibilità di prenotazione unificata presso tutte le strutture sanitarie della Regione da qualsiasi postazione periferica autorizzata.

La possibilità di prenotazione presso tutte le strutture sanitarie pubbliche regionali è comunque già oggi garantita attraverso il **Call Center Sanitario**. Dal gennaio del 2007 è infatti attivo sul territorio regionale il Call Center Sanitario che affianca il CUP regionale nel sistema delle prenotazioni per tutto il territorio regionale. Esso risponde ad un numero verde unico, collegato al CUP regionale, che consente a tutti i cittadini della regione di prenotare telefonicamente le prestazioni prescritte, salvo poi perfezionare la procedura presso gli sportelli per il pagamento del ticket .

Il Contact Center Sanitario a livello regionale ha tra le sue finalità:

- L'aumento del livello di soddisfazione dei cittadini, grazie al miglioramento sia della qualità percepita nei confronti del servizio, che la qualità del rapporto;
- Un tentativo di razionalizzazione dei costi, grazie all'affiancamento dei tradizionali operatori di sportello distribuiti sul territorio con il contact center centralizzato con un numero verde unico;
- L'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e dei servizi offerti dalle strutture del SSR.

- una riduzione dei disagi connessi con gli spostamenti e un miglioramento della qualità percepita dagli utenti;
- un incremento della domanda ai servizi sanitari regionali sia da parte dei residenti in Regione (diminuzione della mobilità passiva) sia da parte degli utenti residenti nelle Regioni limitrofe (incremento della mobilità attiva).

4.2 Aspetti organizzativo-gestionali

Il servizio CUP è articolato in numerose postazioni e sportelli informatizzati, distribuiti su tutto l'ambito regionale, situati presso ospedali, poliambulatori, farmacie, studi medici e funziona in fasce orarie variabili nelle varie postazioni.

Questa rete di punti di prenotazione consente di avere visione di tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili. 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 regionale dovrà essere definitivamente strutturato in maniera tale da proporre, in prima battuta, l'offerta con il tempo più breve di attesa riferita all'ambito territoriale di garanzia dell'assistito per le prestazioni di base a media o bassa complessità assistenziale e all'intero ambito regionale per le prestazioni di alta specialità ad elevata complessità assistenziale, così come riportato al punto 3.5 del presente PRGLA.

Il corretto funzionamento del Sistema CUP è reso possibile da un servizio di **Back-office** e uno di **Front-office** deputati alle funzioni di programmazione e gestione degli accessi.

4.2.1 Back-office: funzioni e ambiti di attività

Il **Back-office** cura la programmazione e la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione. Tali attività sono raggruppabili in tre funzioni principali:

- **Gestione e programmazione delle agende di prenotazione**
- **Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione**
- **Attività di monitoraggio e di governo delle liste di attesa**

L'attività di **Back-office** dovrà essere garantita per gli aspetti gestionali dalla **ASREM** in collaborazione con la **società regionale Molise Dati** con il coordinamento e la supervisione del **Servizio Informativo Regionale**, secondo gli indirizzi e le indicazioni fornite **dall'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari**, organismo regionale referente per la materia delle Liste di Attesa che ha responsabilità di programmazione, coordinamento generale delle azioni, controllo della corretta attuazione del presente PRGLA e dell'attività di monitoraggio del sistema.

4.2.1.1 Gestione e programmazione delle agende di prenotazione

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

Le informazioni sono:

- il catalogo delle prestazioni con la relativa classificazione (tipologia, disciplina, branca, tariffa, 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 delle strutture sanitarie.

L'agenda è dunque lo **strumento operativo del CUP**. La costruzione dell'agenda avviene definendo uno spazio temporale di erogazione. Ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, che ovviamente varia a seconda del tipo di prestazione, ma che deve essere reso omogeneo per tutte le strutture sanitarie eroganti anche al fine di valutarne la capacità produttiva.

Per la **gestione dei PDT**, in attuazione di quanto previsto dal PNGLA e dal presente PRGLA, è necessario che l'agenda di prenotazione permetta 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 **specificata programmazione**, affinché i punti di prenotazione possano distinguerle all'interno del sistema delle prenotazioni. Anche la rilevazione di tali prestazioni è necessaria per conoscere la complessiva attività svolta dalle strutture eroganti e per valutarne la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee guida.

Per poter effettuare correttamente la **gestione separata delle prime visite e dei PDT rispetto ai successivi accessi** e in relazione alle modalità di erogazione dei percorsi correlati alle patologie oncologiche già approvati dalla Regione Molise e a quelle cardiologiche che dovranno essere definite, le agende di prenotazioni del sistema CUP dovranno:

- 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.

Al fine di migliorare la gestione delle liste di attesa è necessario che la **ASREM** nel proprio **Programma Attuativo** preveda una costante attività di **rimodulazione dell'offerta**. Dovrà essere verificato, 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.

Un'altra attività da porre in essere da parte della **ASREM** al fine di ottimizzare la gestione delle agende è l'**attività di Check-out delle prestazioni** attraverso la raccolta giornaliera e sistematica delle impegnative relative a tutte le prestazioni erogate e alla loro registrazione. Attraverso tale

attività sarà possibile effettuare una rimozione tempestiva dalle prenotazioni di tutte quelle prestazioni che per motivi diversi siano già state erogate in anticipo dagli specialisti con conseguente liberazioni di posti disponibili.

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'**ASREM** 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 online). E' anche necessario prevedere opportuni meccanismi di notifica (SMS, email, ecc.), al fine di ricordare al cittadino la prenotazione effettuata.

Altra iniziativa sistematica da effettuare ai fini della cosiddetta "**pulizia delle liste**" è l'attività di **verifica telefonica delle prenotazioni**. Pertanto, per tutte quelle prestazioni ambulatoriali specialistiche sanitarie erogate dalle strutture del SSR che presentano particolari criticità in relazione al tempo di attesa, alcuni giorni prima della data di prenotazione già attribuita, il **Call Center Sanitario** dovrà effettuare una richiesta telefonica di conferma della prenotazione, con eventuale cancellazione o nuova prenotazione per altra data per quei pazienti che non confermino e prenotazione di nuovi pazienti in attesa nel giorno resosi libero.

4.2.2 Front-office: accesso ai servizi e gestione del processo di prenotazione

4.2.2.1 Canali di accesso/fruizione del sistema CUP

Il **sistema CUP regionale** è organizzato per offrire un'offerta più ampia possibile di **canali di accesso**, al fine di garantire il più elevato livello possibile di fruibilità per il cittadino.

Sono disponibili le seguenti modalità di fruizione:

- Sportelli presidiati siti presso una struttura erogatrice con operatore dedicato
- Prenotazione telefonica con un numero verde dedicato a cui si può rivolgere l'utente per parlare con un operatore di call center ed effettuare la prenotazione
- Prenotazioni effettuate direttamente per via informatica dai Medici di Medicina Generale
- Prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate, integrate con il Sistema CUP

Qualunque sia la modalità di prenotazione, il processo standard di prenotazione permette:

- L'identificazione dell'assistito
- L'inserimento delle prestazioni
- La prenotazione delle prestazioni selezionate, con la ricerca delle disponibilità delle strutture in grado di erogare tali prestazioni, nonché la conseguente conferma della prenotazione in coerenza con i criteri definiti per le diverse tipologie di accesso (regime di erogazione, ambito territoriale di garanzia, priorità di accesso, prestazione garantita per il tempo massimo, prestazione erogata da struttura di secondo livello, libera scelta dell'utente, ecc.)
- contabilizzazione e cassa.

Poiché la **ASREM** dovrà disporre che le **prenotazioni di prestazioni in regime di Libera Professione** dovranno tutte essere effettuate mediante il sistema **CUP**, la gestione di tali prenotazioni dovrà essere separata rispetto alla prenotazione in regime SSN, anche se effettuata con il medesimo sistema CUP.

4.2.3 Aspetti di carattere informativo e informatico. Archivi anagrafici di base disponibili per il supporto del corretto funzionamento del servizio di prenotazione

Il corretto funzionamento del Sistema CUP si basa sulla necessità di avere a disposizione degli **archivi anagrafici** che permettano una corretta programmazione dell'offerta sanitaria, in tutto l'ambito di pertinenza del Sistema stesso, per le varie tipologie di strutture e per i diversi regimi di erogazione e fattispecie di prestazioni erogabili.

A tali fini i principali archivi disponibili nel sistema CUP regionale sono i seguenti:

- catalogo generale delle prestazioni erogabili
- anagrafe delle strutture
- anagrafe medici prescrittori
- anagrafe medici eroganti le prestazioni
- elenco delle avvertenze per la prenotabilità della prestazione
- catalogo delle preparazioni dell'utente alle prestazioni
- archivio convenzioni, listini e tariffe

4.2.4 Indicatori di performance del sistema CUP

Secondo le indicazioni delle **Linee Guida Nazionali** sono individuati i seguenti **indicatori di performance del sistema CUP regionale** che dovranno essere oggetto di valutazione annuale:

- numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici
- numero di utenti e di accessi medi giornalieri
- numero di prenotazioni effettuate
- saturazione delle agende
- misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate
- statistiche di prenotazioni/prestazioni prenotate, dettagliate/sintetiche, raggruppate per struttura, unità erogante, punti di prenotazione
- variazioni dei volumi di offerta

5. INIZIATIVE DI INFORMATION & COMMUNICATION TECHNOLOGIES PER LO SVILUPPO DI FUNZIONALITÀ INFORMATIZZATE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE E REFERTAZIONE DIGITALE, SISTEMI PER L'ACCESSO INFORMATIZZATO AI REFERTI E USO DELLA TELEMEDICINA

La Regione Molise ha razionalizzato nel **Piano Strategico di attuazione del Sistema Telematico Molise (Piano STM)** una serie di interventi nel settore ICT con l'intenzione di guidare la transizione della Regione e della comunità molisana nel suo complesso (cittadini, imprese, terzo settore) verso la Società dell'Informazione ed affermare il ruolo della Pubblica Amministrazione sia in qualità di "policy maker" che di soggetto attivo ed utilizzatore di tutte le opportunità messe a disposizione dalla Società dell'Informazione stessa.

Nell'ambito del programma relativo alla Società dell'Informazione nella Regione Molise sono stati sviluppati alcuni specifici interventi connessi alla Sanità.

In particolare, oltre alle applicazioni sanitarie esistenti e già in esercizio quali ad esempio il CUP regionale, i principali interventi riguardano la realizzazione dei programmi connessi all'utilizzo dei **Fondi Art. 20 L. 67/88 (S.I.S.R.), F.E.S.R. (E-Health) e dell'Accordo di Programma Quadro in materia di E-government e Società dell'informazione nella Regione Molise.**

I progetti relativi alla **Rete dei Medici di Medicina Generale e Telemedicina e Teleformazione** su larga banda intendono contribuire al miglioramento della strategia regionale, per la razionalizzazione dei Sistemi Informativi Sanitari, in accordo con la politica di Sanità Elettronica e nell'ottica dello sviluppo dei servizi secondo il modello SPCoop (Sistema Pubblico di Cooperazione applicativa).

Tali interventi, coerentemente con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale del Ministero della Salute e con la Politica Condivisa definita dal Tavolo per la Sanità Elettronica, perseguono i seguenti obiettivi strategici:

- supportare l'efficienza delle cure primarie, attraverso l'integrazione in rete dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli altri operatori sanitari del sistema, al fine di agevolare il processo di continuità della cura;
- supportare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali nell'ambito del territorio, al fine di agevolare i processi di collaborazione informatica tra presidi, professionisti, attività sociali degli Enti Locali nell'ambito delle attività proprie del distretto definite dalla Programmazione Regionale;
- favorire i processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture sanitarie e dei presidi presenti sul territorio.

Nello specifico gli interventi sono stati finalizzati ai seguenti obiettivi operativi:

- realizzare soluzioni infrastrutturali per l'interoperabilità e per l'adeguamento e/o lo sviluppo di servizi per la Rete dei MMG/PLS (Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta), garantendo l'accesso dei MMG/PLS al Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Molise, realizzato con il progetto stesso;
- diffondere la conoscenze informatica e innalzare il livello di educazione in ambito medico in coerenza con i programmi ECM del Ministero della salute, garantendo continuità nelle attività formative nell'ambito più generale dei servizi di teleformazione degli operatori sanitari.

In particolare, il progetto “Rete di Medici” consente di attuare quanto previsto dal DPCM 26 marzo 2008 (collegamento in rete dei medici) attraverso l’attivazione a livello regionale del **Fascicolo Sanitario Elettronico** che svolgerà anche funzioni di “**Sistema di Accoglienza Regionale**” (SAR) per la raccolta delle prescrizioni mediche e per l’invio telematico delle ricette al **Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del MEF**.

E’ prevista l’integrazione del fascicolo sanitario, oltre che con la rete dei medici, con tutte le altre componenti software del Sistema Informativo Sanitario Regionale: nello specifico sarà attivato a breve lo scambio di referti (specialistici e diagnostici) tra il fascicolo e i software dei laboratori di analisi e l’integrazione del fascicolo con i software in uso presso le strutture ospedaliere (Gestione SDO e “Scheda sanitaria individuale”).

Con riferimento alle tematiche connesse al fascicolo sanitario elettronico e più in generale all’interoperabilità dei sistemi di prescrizione sanitaria è da evidenziare la partecipazione della Regione Molise al **progetto sperimentale IPSE - Interoperabilità Patient Summary E-prescription**. IPSE è un progetto per la sperimentazione di un sistema per l’Interoperabilità europea e nazionale delle soluzioni di fascicolo sanitario elettronico (componenti “Patient Summary” ed “ePrescription”).

L’obiettivo principale del progetto è quello di sviluppare una soluzione di “Fascicolo Sanitario Elettronico” unico, realizzato attraverso una vera e propria cartella clinica digitale capace, tra l’altro, di rendere compatibili tra loro i differenti sistemi sanitari regionali, sia italiani che europei, e di informatizzare anche le prescrizioni delle terapie. In Italia le regioni coinvolte nel progetto sono 10 (Lombardia, Friuli, Veneto, provincia di Trento, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Sardegna).

In termini operativi alla Regione Molise, oltre alla partecipare a tutte le fasi del progetto, è stata affidata la realizzazione di alcuni contributi specifici, quali ad esempio: l’analisi dei progetti e delle realizzazioni a livello europeo sul tema dell’interoperabilità in campo sanitario e delle possibili ricadute sulla situazione italiana (attività conclusa il 30/6/2011); la definizione della strategia di implementazione del sito pilota e delle regole per la scelta dell’area di test (attività prevista per giugno 2012). La conclusione del progetto è prevista entro il 31/12/2012.

6. REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Ai sensi del comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 si ribadisce il **divieto per la ASREM di procedere alla sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni** di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, salvo che tale sospensione sia dovuta a problemi di carattere tecnico. La regolamentazione di tali sospensioni, così come già previsto dal precedente Piano di Contenimento dei Tempi di Attesa 2006-2008, verrà effettuata secondo le indicazioni delle *“Linee guida per la rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nell’ambito del monitoraggio dei tempi di attesa” del Ministero della Salute (allegato 2.)*, le quali prevedono anche le procedure per il monitoraggio e l’invio al NSIS del flusso informativo relativo (vedi sezione 12 del Piano Regionale).

7. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE AI CITTADINI

Entro 60 giorni dall'adozione del presente PRGLA la ASREM dovrà adottare un **Programma Attuativo Aziendale**, coerente con le indicazioni ivi contenute.

7.1 Struttura del Programma Attuativo Aziendale

Il **Programma Attuativo Aziendale** dovrà provvedere a **recepire** gli standard regionali sui **tempi massimi d’attesa** per le prestazioni sanitarie previsti dal Piano Regionale, integrando eventuali ulteriori provvedimenti successivamente adottati in materia dalla Regione.

Dovranno essere inoltre recepite e adottate con il Programma Attuativo Aziendale le indicazioni contenute nelle **Linee Guida approvate** e riportate in allegato con il presente Piano.

Nel Programma Attuativo Aziendale dovranno essere definite e sviluppate le **politiche complessive** di intervento da parte della ASREM per il **contenimento dei Tempi d’Attesa**, considerando gli obiettivi, gli indirizzi e le linee operative tracciate nel Piano Regionale.

In particolare, il Programma Attuativo Aziendale provvede a recepire i tempi massimi di attesa individuati dal Piano regionale e a prevedere le **misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti**, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la partecipazione alla spesa (ticket) .

Il Programma Attuativo Aziendale individua le modalità o la specificazione delle **strutture erogatrici** nell'ambito delle quali i **tempi massimi di attesa** per le prestazioni di cui al punto 3.3 sono **garantiti almeno al 90% dei cittadini** richiedenti e assicura la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti web aziendali), nonché prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia) .

I **sistemi di garanzia** per i cittadini dovranno essere individuati secondo le seguenti indicazioni:

- **Prenotazione oltre i tempi massimi previsti:** in tal caso il cittadino avrà diritto ad effettuare la prestazione, anche di bassa o media complessità, presso strutture pubbliche in regime di libera professione intramuraria o presso strutture private accreditate individuate dalla ASREM, senza alcun onere aggiuntivo a carico degli assistiti. In tal caso e a tale scopo, ove il cittadino intenda avvalersi di tale opportunità, il servizio CUP si farà carico di dare una corretta informazione sui professionisti e sulle strutture potenzialmente utilizzabili. Nell'eventualità la prestazione non fosse prenotabile attraverso il sistema CUP tale servizio rilascerà un apposito attestato che dichiara l'impossibilità di prenotare nell'ambito di garanzia di pertinenza (prestazioni di base) o nell'ambito regionale (prestazioni di alta specialità) la prestazione richiesta entro i tempi massimi stabiliti e il cittadino potrà effettuare personalmente la prenotazione. Con tale attestato e presentando la ricevuta/fattura relativa alla prestazione eseguita in regime di libera professione o presso struttura privata accreditata, il cittadino potrà recarsi successivamente presso la cassa riscossione ticket e avrà diritto al rimborso della quota pari alla compartecipazione alla spesa prevista per la prestazione richiesta.
- **Mancata erogazione nel giorno stabilito della prestazione prenotata:** la ASREM e le strutture private accreditate dovranno prevedere misure di presa in carico del paziente con percorsi alternativi per l'esecuzione della prestazione sanitaria prenotata. Nel caso il cittadino sia stato tempestivamente informato della impossibilità a garantire la prestazione nel giorno già stabilito, potrà essere riprenotato, ma in caso di superamento dei tempi massimi previsti avrà diritto allo stesso risarcimento del caso precedente.

Il **Programma Attuativo Aziendale** dovrà contenere un **piano di azione con un cronoprogramma** per l'attuazione di tutte le misure previste nello stesso e la ASREM provvederà semestralmente ad inviare all'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari un report delle attività svolte e delle misure adottate.

La non osservanza del Programma Attuativo e il superamento dei Tempi Massimi di Attesa definiti nel presente PRGLA, verrà considerato come **elemento negativo nella valutazione del Direttore Generale ASREM**, secondo le indicazioni predisposte dalla Direzione Generale per le Politiche della Salute

7.2 Informazione e comunicazione ai cittadini

E' compito della ASREM garantire una corretta informazione ai cittadini/utenti in materia di accesso alle prestazioni sanitarie e di tempi di attesa per la loro erogazione.

Nel **Programma Attuativo Aziendale** dovrà essere predisposto un adeguato **Piano di Comunicazione Aziendale** che contenga modalità e strumenti di corretta informazione ed efficace comunicazione, anche attraverso il costante aggiornamento del sito web aziendale.

Nel Piano di Comunicazione dovranno essere garantite le informazioni circa:

- I tempi massimi d'attesa delle prestazioni previste dal presente Piano e dalle sue successive integrazioni;

- L'organizzazione e l'articolazione delle prestazioni sulla base delle priorità cliniche e i relativi tempi d'attesa;
- Report periodici semestrali del monitoraggio dei tempi d'attesa con le percentuali di prestazioni erogate secondo i tempi massimi previsti, la rilevazione secondo metodica ex-ante ed ex-post, i tempi medi;
- Il corretto utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini/utenti;
- Tutte le modalità di accesso e prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- Le modalità di accesso alla libera professione intramuraria;
- La necessità e l'importanza della disdetta da parte del cittadino/utente di impossibilità o non volontà di usufruire della prestazione prenotata;
- Tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate in cui vengono garantiti i tempi massimi d'attesa.

Nella prospettiva di elaborazione di un corretto Piano di Comunicazione dovranno essere istituiti tavoli di confronto con i rappresentanti di associazioni di tutela del diritto alla salute dei cittadini.

8. PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Si confermano nel presente PRGLA alcune **procedure obbligatorie** inerenti le attività di ricovero già previste nel precedente Piano Regionale 2006-2008:

- La tenuta delle “**Agende di Prenotazione dei Ricoveri**”, già attivate presso le strutture ospedaliere pubbliche e da attivare obbligatoriamente nelle strutture private accreditate in accordo contrattuale della regione, secondo le “Linee guida per le Agende di Prenotazione dei Ricoveri Ospedalieri Programmabili”, già recepite con il Piano precedente e riportate comunque in allegato (allegato...).
- L’applicazione dei 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.

Presso le strutture ospedaliere pubbliche sono già state **attivate** delle **procedure per la gestione informatizzata delle Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili**, coinvolgendo i Dipartimenti interessati, che contemplan anche modalità operative per l’inserimento del paziente in agenda, in relazione allo stato clinico presente.

La **ASREM** nel proprio **Programma Attuativo** dovrà prevedere lo svolgimento di un’**attività di condivisione dei “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 inoltre essere attivate e 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.

Sulla base del D.M. n.135 dell’ 8 luglio 2010, art.1, comma 2, lett. B, sul “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera” sono già stati inseriti nella **SDO i campi per la data di prenotazione e per la classe di priorità**.

8.1 Classi di priorità ed elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero con tempi di attesa garantiti e oggetto di monitoraggio

8.1.1 Classi di priorità per i ricoveri

Per i ricoveri ospedalieri si conferma l’adozione dei criteri di priorità in relazione alla gravità della patologia del paziente con un arco temporale da garantire per il 90% dei pazienti attribuiti ad ogni classe, secondo lo schema riportato di seguito.

CLASSI DI PRIORITA' PER RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE 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.
CLASSE 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.

9.1.2 Elenco prestazioni di ricovero programmati con tempi di attesa garantiti

In coerenza con il PNGLA 2010-2012 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.

Il tempo massimo di attesa indicato dovrà essere garantito al 100% dei pazienti a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso alle medesime.

- Prestazioni in Day Hospital/Day Surgery

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempo massimo di attesa (giorni)
44	Chemioterapia	99.25	V58.1	30
45	Coronarografia	88.55 – 88.56 – 88.57		90 (30 giorni con classe di priorità A)
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11		60 (30 giorni con classe di priorità A)
47	Emorroidectomia	49.46		120 (30 giorni con classe di priorità A)
48	Riparazione ernia inguinale	53.0 – 53.10		120 (30 giorni con classe di priorità A)

- Prestazioni in ricovero ordinario

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempi massimi di attesa
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174	30
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185	30
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x – 45.8; 48.5 – 48.6	Categorie 153 – 154	30
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	30
53	By pass aortocoronarico	36.10		90 (30 giorni con classe di priorità A)
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0		90 (30 giorni con classe di priorità A)
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12		120 (30 giorni con classe di priorità A)
56	Intervento protesi d'anca	81.51 – 81.52 – 81.53		120
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9		30
58	Tonsillectomia	28.2 – 28.3		120

10. FLUSSI INFORMATIVI

Ai fini dell'attivazione del monitoraggio ex ante ed ex post del fenomeno liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.3, nonché del monitoraggio delle attività di ricovero tramite SDO, del monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni, del monitoraggio dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito cardiovascolare e oncologico e del monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.3 erogate in attività libero professionale intramuraria (ALPI), si provvederà all'attivazione di tutti i **flussi informativi** relativi. I flussi informativi per tali monitoraggi saranno definiti secondo le *“Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa”* approvati dal Ministero della Salute in accordo con le Regioni e l'AGENAS e qui riportate in allegato (**allegato 3**).

11. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono effettuate secondo le due consolidate **modalità ex post ed ex ante**.

11.1 Monitoraggio ex post

La modalità ex post di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali prevede la rilevazione dei dati **attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003**, con le implementazioni informative necessarie riportate nel 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”* (vedi allegato 3 al paragrafo 1).

I campi relativi a tali parametri previsti nel tracciato indicato nel suddetto comma 5 dell'art. 50 sono da considerarsi obbligatori ai fini del monitoraggio e riguardano 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.

11.2 Monitoraggio ex ante

Nella **modalità di rilevazione ex ante** del monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ci si basa su una **rilevazione** effettuata in un **periodo indice stabilito a livello nazionale**. 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.

Così come previsto nelle “*Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa*” (allegato 3), le prestazioni oggetto di **monitoraggio per l’anno 2011** saranno le seguenti:

Numero	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codice nomenclatore
1	<i>visita cardiologica</i>	89.7
2	<i>visita chirurgia vascolare</i>	89.7
3	<i>visita endocrinologica</i>	89.7
4	<i>visita neurologica</i>	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 fisiatrica</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 gli **anni 2012 e 2013** le prestazioni da monitorare saranno tutte le **43 prestazioni** riportate nel cap. 3.3 del presente PRGLA.

Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D. Per i contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio ex ante e le specifiche tecniche del flusso informativo si rimanda alle Linee Guida già citate (allegato 3).

12. MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONI DELL' ATTIVITA' EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Viene ribadito il divieto per la ASREM di procedere alla sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, salvo che tale sospensione sia dovuta a problemi di carattere tecnico secondo le indicazioni delle *“Linee guida per la rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nell’ambito del monitoraggio dei tempi di attesa”* del Ministero della Salute (**allegato 4**). Tale documento indica anche le procedure per il monitoraggio e l’invio al NSIS del flusso informativo relativo (vedi allegato). La **ASREM** dovrà dunque effettuare la **rilevazione delle sospensioni ed inviare semestralmente il file informativo al NSIS** affinché il Ministero della Salute possa rilevare semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni e rendere disponibili i relativi risultati.

13. MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ALPI)

Il monitoraggio dell’attività ALPI per le prestazioni specialistiche di cui al punto 3.3 del PRGLA verrà effettuato secondo le **indicazioni e le linee guida dell’AGENAS** sulle base delle esperienze sperimentali già effettuate per tale attività e condotte su indicazione dell’ “Osservatorio Nazionale per l’Attività Libero Professional”, a cui la Regione Molise ha già partecipato.

14. MONITORAGGIO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO - TERAPEUTICI

Così come indicato alla sezione 3.4 del PRGLA la Regione Molise si impegna a garantire agli utenti del SSR tempi massimi di attesa di 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l’inizio della terapia dal momento in cui è stata effettuata l’indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti per i seguenti PDT:

- Neoplasia del Colon-Retto
- Neoplasia del Polmone
- Neoplasia della Mammella
- By-pass aortocoronarico

I suddetti **PDT** saranno sottoposti a verifica dei tempi di attesa secondo le indicazioni contenute nel documento “*Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici*” condiviso tra Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e AGENAS, così come previsto al punto 3.3 del PNGLA 2010-2012 e allegato al presente documento (*allegato 1*).

15. MONITORAGGIO SITO WEB

La Regione Molise è impegnata a garantire trasparenza e libero accesso alle informazioni sulle liste d'attesa. A tale scopo la **ASREM** dovrà sostenere e potenziare tutti gli strumenti di comunicazione attraverso campagne informative, gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), la Carta dei servizi, e il costante **aggiornamento del sito web aziendale** nella sezione dedicata ai Tempi di Attesa. Sulla base delle esperienze di rilevazione nazionale per il monitoraggio dei siti web condotte dal Ministero della Salute, la Regione si impegna a procedere in tale **attività di monitoraggio** in maniera sistematica sia per l'ambito ambulatoriale che per quello dei ricoveri, con cadenza annuale, secondo le **indicazioni e le modalità condivise tra Ministero della Salute, AGENAS, Regioni e Province Autonome**.