



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 4/7 del 30.1.2007

Piano Regionale di contenimento dei tempi e delle liste di attesa per il triennio 2006-2008

**ex art. 1, comma 280 della Legge 23/12/2005 n. 266, "Legge finanziaria 2006".
Adeguamento del Piano già allegato alla deliberazione n. 28/15-del 28/06/2006**

Premessa

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

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

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

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

Tali principi sono perseguibili con una puntuale conoscenza dei tempi d'attesa, prevedendo fra l'altro il monitoraggio del fenomeno. L'ottimizzazione della loro gestione, in un contesto volto a orientare l'assistenza verso il miglioramento continuo della qualità, è realizzabile con gli strumenti del governo clinico. A tal fine è necessario prevedere un approccio sistematico per processi con la gestione dei percorsi clinico-diagnostico-



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

terapeutici in un contesto multidisciplinare e multiprofessionale. L'appropriatezza, clinica e organizzativa, è sicuramente l'elemento regolatore delle scelte e dei comportamenti di tutti i soggetti che hanno una responsabilità rispetto al bisogno di salute. L'appropriatezza è quindi presupposto indispensabile, sebbene non sufficiente, per garantire il diritto alla salute stessa.

Con riguardo alla normativa nazionale e regionale prodotta su questo difficile argomento, in armonia con la suddetta esigenza di appropriatezza anche temporale di erogazione delle prestazioni, il D.Lgs. n. 124/1998 art. 3, comma 10, ha previsto l'obbligo di definire il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse, attribuendo alle Regioni il compito di definire i criteri generali e ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere la definizione dei tempi. Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 51/19 del 1998 sono state fornite indicazioni ai direttori generali delle Aziende per l'applicazione dell'art. 3 del citato decreto. Il DPCM del 29 novembre 2001 - che definisce i Livelli essenziali di assistenza - e l'Accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002 hanno stabilito le linee guida sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e hanno definito i tempi massimi d'attesa.

L'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 ha fornito alle Regioni indicazioni sui criteri generali di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni ed ha individuato alcune aree di intervento ritenute critiche a livello nazionale. Inoltre la Conferenza Stato- Regioni del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della L. 5 giugno 2003, n. 131 - "Piano Nazionale di contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2006-2008" di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23/12/2005 n. 266, ha sancito che le Regioni debbano adottare un Piano Regionale attuativo di contenimento dei tempi d'attesa. Entro i termini stabiliti dall'Intesa Stato – Regioni del 28/3/2006 e dai documenti attuativi, le Aziende Sanitarie dovranno adottare il programma attuativo aziendale.

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 *con la comunicazione*. n. 28107/dgprog/21/P.1° del 22-12-2006 ha definito la metodologia di valutazione dei Piani regionali per il contenimento dei tempi d'attesa (PRCTA) ai fini della certificazione di realizzazione.

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

- 1) l'adozione formale di un Piano Regionale sul contenimento dei tempi d'attesa previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 28-3-2006;
- 2) l'individuazione dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 3 della sopracitata Intesa Stato-Regioni del 28-3-2006 che erano stati individuati per la Regione Sardegna con la Deliberazione della Giunta regionale n. 28/15 del 27-6-2006;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 3) l'individuazione delle linee generali di intervento per il contenimento dei tempi d'attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa (PNCTA);
- 4) la predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero;
- 5) l'individuazione degli indirizzi uniformi per la predisposizione di programmi attuativi aziendali e per le attività di monitoraggio.

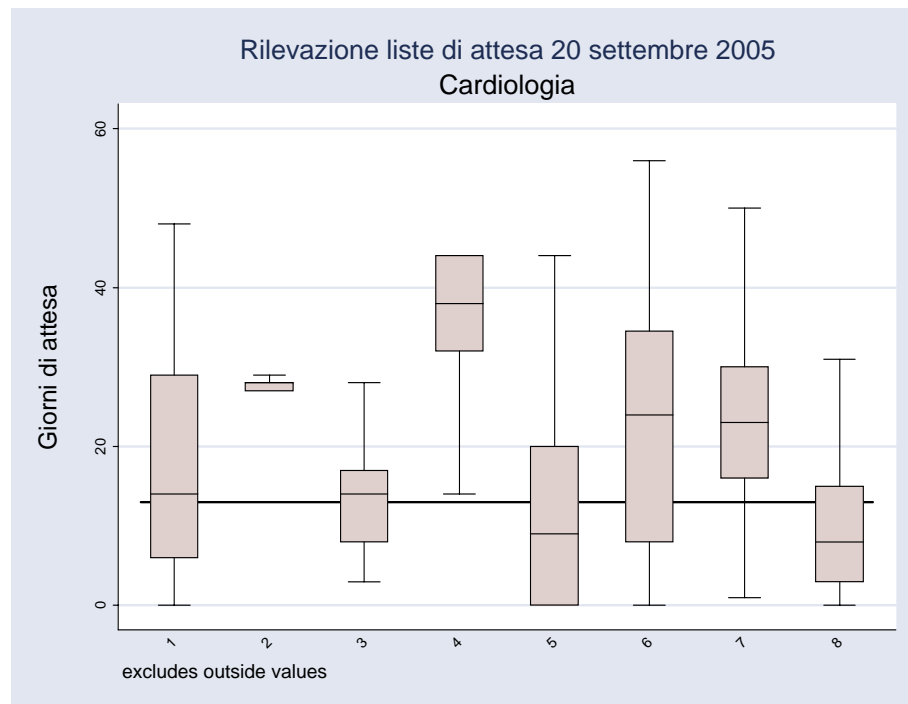
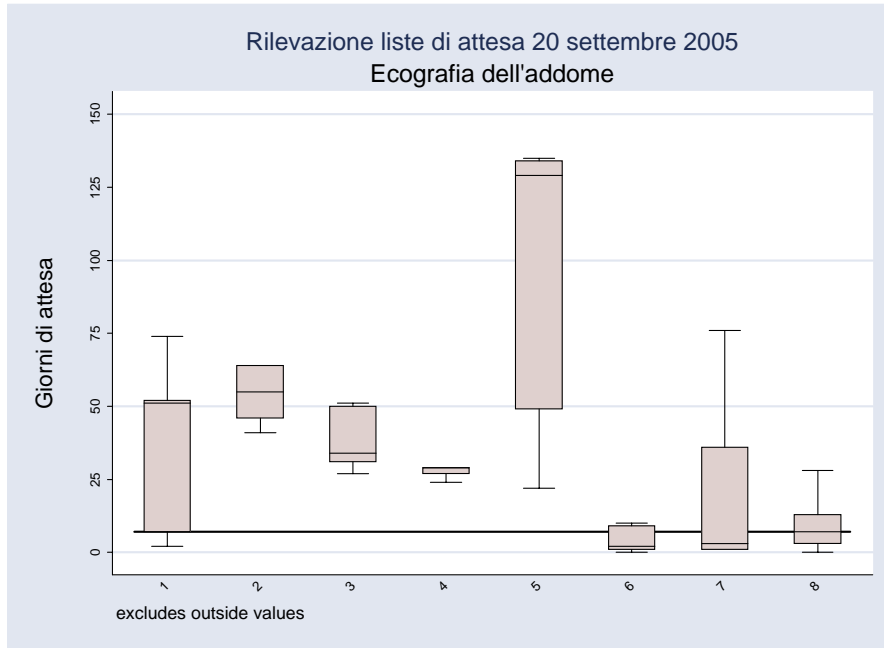
La realtà della Sardegna

Il punto di partenza di una strategia di intervento è l'analisi della situazione attuale della Sardegna e delle sue concrete possibilità di miglioramento.

A tal fine si richiamano sinteticamente alcuni elementi di conoscenza dei tempi di attesa nelle aziende sanitarie della Regione, con riguardo ai risultati dell'attività di monitoraggio a livello nazionale. L'analisi dei tempi d'attesa condotta dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) con metodologia uniforme per tutte le Regioni, colloca la Regione Sardegna in una situazione complessivamente accettabile per quanto attiene ai tempi massimi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali sia per quelle di ricovero programmato monitorate. Peraltro, l'ampia variabilità dei tempi di attesa a livello interaziendale e intraaziendale rivela l'esistenza di aree di sofferenza e disagio per gli utenti, particolarmente evidente in alcune strutture, che richiedono la definizione di adeguate strategie di intervento. A titolo esemplificativo, si evidenziano di seguito alcuni dati significativi riferiti a due prestazioni ambulatoriali a forte domanda assistenziale (ecografia dell'addome e visita cardiologica). I dati si riferiscono al monitoraggio regionale sui tempi d'attesa del 20 settembre 2005 e riportano, nell'asse delle ordinate i giorni di attesa, e nell'asse delle ascisse le Aziende USL della Regione (identificate in base al numero progressivo).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

- fornire al cittadino un punto unico a cui rivolgersi per le prenotazioni delle visite specialistiche e dei ricoveri programmati che avverranno attraverso il CUP non appena il sistema regionale sarà realizzato;
- ridurre i tempi d'attesa delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti realizzando un sistema che consenta di assegnare le priorità; tale condizione è stata considerata inderogabile nella definizione del disciplinare tecnico che identificava le caratteristiche del CUP della Regione Sardegna;
- ridurre il numero delle prenotazioni non disdette ancorché non seguite dalla prestazione;
- verificare l'andamento delle liste d'attesa al fine di consentire alla Regione e alle aziende sanitarie la programmazione degli interventi necessari ad abbattere i tempi d'attesa;
- coinvolgere i medici di medicina generale e i medici specialisti, anche attraverso l'utilizzo del sistema per l'applicazione di percorsi e priorità di accesso differenziati, in funzione del grado di gravità e/o urgenza clinica;
- migliorare la gestione delle strutture sanitarie e ottimizzare l'uso delle risorse.

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

In coerenza con quanto definito in seno alla Commissione Salute della Conferenza Stato – Regioni in attuazione di quanto previsto nell'accordo del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della L. 5 giugno 2003, n. 131 - "Piano Nazionale di contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2006-2008" di cui all'art.1, comma 280, della Legge 23/12/2005 n. 266, si riportano di seguito alcune indicazioni con riguardo alle linee di intervento adottate e/o da adottare ai fini del raggiungimento degli obiettivi di miglioramento dei tempi di attesa.

A tal fine, pare opportuno ricordare che l'appropriatezza temporale (oltre che clinica e organizzativa) nella erogazione delle prestazioni, più che attraverso la regolazione generica dei tempi d'attesa, si persegue



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

attraverso il rispetto delle differenti esigenze cliniche, opportunamente valutate sulla base di criteri di priorità da utilizzare sistematicamente all'interno delle strutture sanitarie.

A tal fine, le aziende sanitarie procedono sulla base delle seguenti considerazioni generali.

1. Organizzazione delle agende per “priorità di accesso alle prestazioni”

Finora in Sardegna l'accesso alle prestazioni secondo criteri di priorità clinica è avvenuto in modo non uniforme, anche nell'ambito di alcune sperimentazioni nazionali coordinate dalla stessa Regione e conclusesi positivamente nonostante le difficoltà dovute alla prima applicazione di tale modalità di accesso. Al riguardo si rileva che l'indicazione di priorità d'accesso alle prestazioni sanitarie costituisce uno dei cardini per garantirne l'appropriatezza, in accordo con il fatto che “l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente fondamentale dei Livelli essenziali di assistenza “ (DPCM 16/4/2002).

A tal fine si precisa che il Piano Regionale dei servizi sanitari 2006-2008, approvato il 20 gennaio 2007 dal Consiglio regionale, individua l'appropriatezza quale finalità comune di tutti gli interventi proposti, che devono garantire un approccio alla persona integrando il governo clinico con l'aspetto gestionale.

Inoltre, si ricorda che fra gli obiettivi assegnati ai direttori generali delle aziende sanitarie, indicati dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 21/16 del 17/5/2005, è inserita l'attivazione di procedure per la gestione differenziata delle liste d'attesa (stratificazione per priorità).

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

2. Azioni per la trasparenza delle liste d'attesa

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

Poiché l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa costituiscono l'effettivo esercizio del diritto all'informazione del cittadino e rappresentano una risorsa strategica di verifica del miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti, le aziende devono organizzarsi affinché i tempi d'attesa siano trasparenti, disponibili attraverso l'Ufficio relazioni con il pubblico, tramite il sito web e altre forme individuate dalle aziende. La validità



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

degli interventi posti in essere andrà valutata nell'ambito della rilevazione della soddisfazione degli utenti con periodicità almeno annuale.

3. Modalità di coinvolgimento degli utenti e delle loro associazioni

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

Per il futuro, considerato il positivo contributo che possono fornire le varie associazioni, le aziende devono attivare forme di collaborazione, favorire la diffusione dell'informazione aziendale e delle esigenze dei cittadini adottando comunque programmi strutturati. A tale proposito si precisa che recentemente (14 giugno 2006) la Regione ha sottoscritto un protocollo d'intesa tra l'Assessore regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato, che prevede tra l'altro l'impegno congiunto affinché le aziende adottino o adeguino il sistema delle prenotazioni secondo l'osservanza di codici di priorità clinica.

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

Il fenomeno della sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e/o di ricovero è regolato da quanto disposto nelle "Linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa" come indicato nella più volte alla citata nota prot. n. 28107/dgprog/21/P.1° del 22-12-2006 dal Comitato per la verifica dei LEA indicato come Allegato A) al presente Piano.

La Regione pone particolare attenzione al fenomeno della chiusura delle agende di prenotazione che ha regolamentato in varie occasioni.

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

Oltre ai problemi legati alla sospensione delle prenotazioni, le aziende possono eccezionalmente trovarsi in situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione delle prestazioni (quali ad esempio il guasto macchina o la momentanea e improvvisa assenza di personale). Tali situazioni devono essere analizzate nell'ambito delle attività di riduzione del rischio di interruzione dell'attività assistenziale e devono essere tenute presenti in particolare nella definizione dei contratti di manutenzione delle apparecchiature tecnologiche. In ogni caso devono essere previste modalità di recupero delle prestazioni prenotate e non erogate, anche attraverso l'incremento dell'attività nei giorni immediatamente successivi l'interruzione o la stipula di accordi con altre



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

strutture presenti nel territorio. Le soluzioni individuate devono in ogni caso ridurre al massimo il disagio per gli assistiti.

Le sospensioni dell'attività di prenotazione non possono avvenire senza l'autorizzazione del direttore sanitario o del direttore del presidio che deve, a sua volta, informare la direzione aziendale, e ogni interruzione delle attività di prenotazione deve essere registrata anche al fine di portarla a conoscenza dei diversi livelli decisionali, regionali e nazionali. Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni: tipologia di prestazione sospesa; motivazione della sospensione, struttura nella quale è avvenuta la sospensione; durata della stessa, azioni intraprese per evitarla. Se la prestazione è stata interrotta, il servizio di prenotazione deve proseguire calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo necessario per il superamento delle cause dell'interruzione. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'azienda dispone per i nuovi utenti dei pre-appuntamenti, ovvero indica un periodo di massima nel quale si stima possa essere erogata la prestazione. La nuova data in cui la prestazione sarà erogata dovrà essere comunicata direttamente e tempestivamente dall'azienda all'utente.

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

E' attualmente in fase di realizzazione il Nuovo sistema informativo sanitario regionale (NSISR) che andrà a integrarsi al monitoraggio periodico trimestrale dei tempi d'attesa delle prestazioni traccianti, previsto a livello nazionale dall'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, con cadenza semestrale. Il NSISR consentirà un monitoraggio specifico delle prestazioni e delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione che permetterà un confronto dei tempi massimi d'attesa fissati a livello regionale. Inoltre dal 1/1/2007 il file "C" delle prestazioni di specialistica ambulatoriale prevedrà due nuovi campi obbligatori aggiuntivi per l'indicazione della data di prenotazione di ogni singola prestazione specialistica e la classe di priorità. Il file "A" dovrà essere integrato con un campo contenente la classe di priorità.

Nelle more delle modifiche previste, le aziende porranno particolare attenzione al monitoraggio periodico, al rispetto della completezza dell'informazione e dei tempi stabiliti per la trasmissione dei dati.

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

L'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, operativo presso l'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, ha già emanato alcune linee guida diagnosticoterapeutiche sulle patologie ad importante rilievo regionale, quali l'ipertensione arteriosa, le malattie osteoarticolari croniche degenerative e la malattia peptica, quale indirizzo per le aziende sanitarie.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le aziende sanitarie sono tenute a rendere applicative le suddette linee guida e incrementarle affinché si possano erogare livelli di assistenza omogenei.

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

Le aziende devono porre in essere le misure necessarie per il "governo della domanda", ovvero perché le prescrizioni siano appropriate dal punto di vista dei percorsi diagnostico terapeutici e dal punto di vista della priorità clinica indicata; devono inoltre verificare che la gestione delle prenotazioni sia avvenuta in modo ottimale rispetto al sistema di prenotazione in uso (effettuando la pulizia sistematica delle liste più lunghe, la diversa strutturazione delle agende e verificando le ragioni di eventuali incrementi della domanda etc.). Oltre le azioni dal lato del governo della domanda, le aziende adottano le misure più opportune dal lato dell'offerta prevedendo ove necessario interventi quali l'aumento dei volumi di attività (anche attraverso la verifica dei reali livelli di produttività delle strutture - numero di visite/ora e di prestazioni/ora - o incrementando le ore, giornaliere o settimanali, di apertura delle strutture dirette a favorire lo svolgimento presso gli ospedali pubblici di accertamenti diagnostici in maniera continuativa in armonia con quanto previsto dall'accordo Stato Regioni del 14/02/2002. Nel contempo potranno essere acquisite prestazioni da erogare in plus orario ed intramoenia istituzionale secondo progetti finalizzati alla specifica riduzione di determinate liste critiche. Per evitare interruzioni dovute a guasti tecnici, particolare attenzione va riservata ai contratti di manutenzione delle apparecchiature tecnologiche.

8. Criteri per l'individuazione delle strutture nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa sono garantiti, nonché le modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture suddette.

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

A tale proposito è opportuno ricordare che, nonostante le indicazioni contenute nella Relazione redatta nel 2001 dalla Commissione ministeriale sulle liste d'attesa (confermate anche in successivi documenti), i CUP attivi in Regione sono ancora orientati prevalentemente alla gestione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con modalità di organizzazione delle agende di prenotazione non uniformi. Inoltre la Regione Sardegna è stata indicata dall'ASSR fra quelle con una grande variabilità sulla tipologia delle agende di prenotazione, verosimilmente ascrivibile alla scarsa diffusione dei sistemi di gestione informatizzata delle prenotazioni (CUP). Nelle more della realizzazione di quanto previsto nell'ambito delle attività di realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario regionale, le aziende prevedono l'estensione dei sistemi di prenotazione (o l'inserimento nel CUP aziendale, ove presente) di tutte le prestazioni erogabili, le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

prime visite, i controlli, le prestazioni diagnostiche strumentali, le prestazioni erogabili dai privati accreditati, quelle da erogare in regime di intramoenia e i ricoveri programmati.

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

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

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

- a) specifiche aree critiche di bisogno assistenziale per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);
- b) prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale;
- c) settori ad alta complessità tecnologica;
- d) ambiti con forti differenze di accessibilità livello nazionale.

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

I tempi massimi sono stati fissati tenendo conto:

- a) delle indicazioni nazionali contenute nei documenti prodotti dalla Conferenza Stato-Regioni e dai tavoli tecnici della Commissione salute;
- b) della attuale situazione della Sardegna e delle concrete possibilità di miglioramento; a tale proposito si precisa che i tempi previsti nella tabella seguente sono in qualche caso inferiori e in altri superiori rispetto a quelli risultanti dalle indicazioni formulate a livello interregionale. L'obiettivo è quello di fissare tempi massimi credibili e concretamente raggiungibili tenuto conto della attuale dotazione strutturale delle aziende sanitarie, attraverso azioni organizzative differenziate a livello aziendale che gradualmente consentano il superamento delle aree di criticità. Si precisa che in alcuni casi, come per l'oculistica, è stato indicato un tempo massimo



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

superiore a quello formulato a livello interregionale anche in considerazione del fatto che si tratta di prestazioni che più raramente di altre rispondono a esigenze di particolare indifferibilità (posto che l'urgenza è comunque garantita).

Si precisa che i tempi massimi di cui di seguito riguardano prestazioni sanitarie richieste in condizioni di non urgenza, ovvero con l'esclusione delle situazioni in cui la persona si trova in condizioni cliniche che impongono tempi inferiori ai massimi stabiliti dal presente Piano e che le Aziende devono provvedere a erogare in ogni caso con la necessaria tempestività. I tempi massimi indicati nelle tabelle che seguono non si riferiscono quindi alle richieste di prestazioni che esigono risposte urgenti (ovvero entro 10 giorni) alle quali si deve provvedere ai sensi dei decreti attuativi dell'art. 50 del Decreto legge 269/2003, convertito nella Legge 326/2003, che identificano 4 classi di priorità per l'accesso alle prestazioni, in sostanziale concordanza con quanto indicato nell'accordo Stato-Regioni dell'11/7/2002.

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

Prestazioni ambulatoriali per le quali le Regioni individuano tempi massimi di attesa

tab. n. 1 (Elenco delle prestazioni previste dall'Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006 "colorate in bianco")

A. Area Oncologica

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

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi max (gg)
1	Visita oncologica		89.7	15
Radiologia				
3	Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1 87.37.2	60
TC con o senza contrasto				
4	Torace	87.41	87.41 87.41.1	50
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 88.01.1	50
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 88.01.3	50
7	Addome completo	88.01	88.01.6 88.01.5	50



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Risonanza Magnetica				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 88.91.2	50
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 88.95.5	50

Ecografia				
10	Addome	88.74 88.75 88.76	88.74.1 88.75.1 88.76.1	60
11	Mammella	88.73	88.73.2	60
Esami Specialistici				
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	60
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	60
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 45.16	60

B. Area Cardiovascolare

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi max (gg)
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	30
26	Visita chirurgia vascolare-angiologica	89.7	89.7	30
Ecografia				
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	90
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	90
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	90
Esami Specialistici				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	30
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	70

C. Area Materno Infantile

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi max (gg)
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	20

D. Area Geriatria

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

TC con o senza contrasto				
42	Capo	87.03	87.03 87.03.1	60
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 88.38.1	60
44	Bacino	88.38	88.38.5	60
Esami Specialistici				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60
46	Spirometria	89.37	89.37.1 89.37.2	40
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	50

E. Visite specialistiche di maggior impatto

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi max (gg)
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	20
51	Visita oculistica	95.0	95.02	90
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7	20
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	60
54	Visita urologica	89.7	89.7	60

A completamento di quanto finora indicato per le prestazioni "colorate in grigio" riportate nell'Intesa del 28-3-2006 di cui alla tab. 2 e che fanno parte integrante del presente Piano, si rileva che la maggior parte di esse si possono considerare singolarmente, mentre altre (visita oncologica, broncoscopia, TAC torace) possono essere considerate in modo più appropriato all'interno di un percorso diagnostico, con garanzia temporale di insieme.

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

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

Le aziende sanitarie e i policlinici universitari, entro 60 giorni dall'emanazione del presente atto, dovranno definire la struttura dei loro Programmi attuativi aziendali nei quali si dovranno prevedere:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- i criteri e le modalità per il rispetto dei tempi massimi di attesa secondo quanto indicato nel presente Piano per le prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate al punto 3 dell'Intesa Stato - Regioni (tab. n. 1);
- l'adozione di criteri di priorità clinica per alcune prestazioni di particolare rilievo e individuazione di eventuali percorsi diagnostico-terapeutici per patologie di particolare importanza con l'indicazione del tempo massimo previsto per il percorso;
- per le prestazioni di cui alla tab. 2, verifica della situazione dei tempi di attesa e delle azioni da avviare con riferimento a specifiche prestazioni sentinella;
- i tempi massimi di attesa aziendali per le prestazioni di ricovero (tab. n. 3);
- la programmazione di controlli periodici sul rispetto dei tempi d'attesa, sull'applicazione del criterio di priorità clinica e dei percorsi diagnostico-terapeutici su prestazioni indicate nell'Intesa Stato - Regioni del 28 marzo 2006 e successivamente individuati;
- l'individuazione del tempo massimo di attesa nell'intero territorio aziendale, anche tenuto conto delle condizioni di accesso e di viabilità;
- la disponibilità di elenchi con indicazione delle strutture nelle quali si erogano le prestazioni oggetto di garanzia dei tempi nei diversi ambiti territoriali e loro opportuna diffusione in tutte le strutture aziendali, sia attraverso l'esposizione al pubblico, sia attraverso i front-office, sia attraverso il sito aziendale ecc., a garanzia di massima trasparenza e accessibilità;
- le aziende dovranno predisporre percorsi organizzativi per ottimizzare la refertazione e la consegna dei referti.

Le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili saranno regolate da quanto disposto nell'allegato B al presente Piano denominato "Linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa" di cui alla citata nota del comitato LEA prot. n. 28107/dgprog/21/P.1° del 22-12-2006.

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

- sospensione dell'attività di erogazione;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- priorità cliniche d'accesso alle prestazioni;
- percorsi diagnostici.

Per il contenimento dei tempi di attesa le aziende dovranno individuare le opportune strategie anche nel rispetto di quanto previsto per i tetti di spesa e i volumi di attività di cui alla Deliberazione della G.R. n. 53/19 del 20.12.2006, devono utilizzare i risultati del monitoraggio interno per porre in essere gli opportuni correttivi utilizzando le risorse a tal fine messe a disposizione e dovranno trasmettere all'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità i risultati conseguiti con cadenza e modalità che verranno comunicate con successivo documento.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tabella n. 2

Elenco delle prestazioni previste dall'Intesa del 28-3-2006 "colorate in grigio"

Nome Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale
Elettrocardiogramma da sforzo	89.41
Elettrocardiogramma da sforzo	89.43
Holter pressorio	89.61.1
Colloquio psichiatrico	94.19.1
Radiografia del capo	87.17.1
Radiografia del torace	87.44.1
Clisma opaco semplice e con doppio contrasto	87.65.1
Clisma opaco semplice e con doppio contrasto	87.65.2
Radiografia completa del tubo digerente	87.61
Urografia endovenosa	87.73
Radiografia ossea e delle articolazioni	87.22
Radiografia ossea e delle articolazioni	87.23
Radiografia ossea e delle articolazioni	87.24
Radiografia ossea e delle articolazioni	87.29
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.21
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.22
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.23
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.26
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.27
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.28
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.29.1
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.29.2
Radiografia ossea e delle articolazioni	88.31
Radiografia dell'addome	88.19
TAC CON/SENZA MEZZO DI CONTRASTO	
Massiccio facciale	87.03.3
Massiccio facciale	87.03.2
Collo	87.03.8
Collo	87.03.7
Arcate dentarie (dental scan)	87.03.4
Orecchio	87.03.6
Orecchio	87.03.5
Ghiandole salivari	87.03.9
Rene	87.71
Rene	87.71.1
Arti superiori ed inferiori	88.38.4
Arti superiori ed inferiori	88.38.3
Arti superiori ed inferiori	88.38.7
Arti superiori ed inferiori	88.38.6
RISONANZA MAGNETICA	



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Torace e miocardio	88.92
Torace e miocardio	88.92.1
Muscoloscheletrica	88.94.1
Muscoloscheletrica	88.94.2
Colonna vertebrale	88.93
Colonna vertebrale	88.93.1
ECOGRAFIA	
Toracica	88.73.3
Capo e collo	88.71.4
DERMATOLOGIA	
Test allergologici	91.90.1
Test allergologici	91.90.2
Test allergologici	91.90.3
Test allergologici	91.09.4
Test allergologici	91.09.5
Test allergologici	91.09.6
GASTROENTEROLOGIA	
Visita gastroenterologica	89.7
Visita gastroenterologica	89.01
PNEUMOLOGIA	
Visita pneumologica	89.7
Visita pneumologica	89.01
NEUROLOGIA	
Elettroencefalogramma	89.14
Elettromiografia	93.08.1
OCULISTICA	
Campo visivo	95.05
Fluorangiografia	95.12
OTORINO	
Impedenzometria	95.42
Potenziali evocati	89.15.1
Test vestibolari	95.44.1
Test vestibolari	95.44.2
Test vestibolari	95.45
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
Isteroscopia	68.12.1
ORTOPEDIA	
Artroscopia	
RIABILITAZIONE	
1° visita riabilitativa	89.7
Respiratoria	93.18.1
Respiratoria	93.18.2
Motoria	93.11.1
Motoria	93.11.2
Motoria	93.11.3



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Motoria	93.11.4
Motoria	93.11.5
Logopedia	93.72.1
Logopedia	93.72.2
Ortottica	93.78.1
Ortottica	93.78.2
ENDOCRINOLOGIA	
Visita endocrinologica	89.7
Visita endocrinologica	89.01

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

Area oncologica

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

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY		
Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
Chemioterapia	99.25	V58.1

2. Area cardiovascolare

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

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

3. Area geriatrica

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

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

4. Altre prestazioni

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO A

Sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e/o di ricovero

Premessa

Da numerose fonti informative (sperimentazioni monitoraggio nazionale “Tempi di attesa”, segnalazioni organismi di tutela dei diritti dei cittadini) è emerso come, soprattutto in alcune Regioni, sia ancora un evento frequente la sospensione delle attività di prenotazione da parte dei servizi, soprattutto relativamente a visite ambulatoriali e procedure diagnostiche.

Tali situazioni si determinano per cause diverse, ma frequentemente il motivo risulta essere semplicemente la lunghezza dei tempi di attesa. Infatti, in molti servizi, quando il tempo di attesa comincia a divenire consistente, i responsabili dei servizi chiudono le agende, ovvero sospendono la possibilità per il cittadino di prenotarsi. Tale decisione viene variamente motivata (difficoltà a gestire agende per tempi molto lunghi, eccessivo incremento delle mancate presentazioni agli appuntamenti o drop-out, evitare le proteste dei cittadini, “se non si possono fornire risposte in tempi accettabili, meglio chiudere”, ecc.), ma risulta anche che spesso le agende vengono chiuse per restare artificialmente entro i tempi massimi che le regioni hanno indicato. Per altro, chi chiude le agende non si preoccupa minimamente di informare adeguatamente i cittadini, né tanto meno di reindirizzarli verso altri centri, e spesso senza fornire neppure indicazioni su quando e come l'agenda potrà essere nuovamente disponibile. Un'altra forma di oggettiva chiusura è costituita dalla apertura delle agende solo per poche ore in poche giornate, oppure con un numero di posti limitato e predefinito, raggiunto il quale l'agenda viene chiusa.

L'indagine svolta nelle regioni mediante i focus group (vedi Allegato 2) ha evidenziato una particolare criticità in questo ambito, rappresentata dai contratti con specialisti ambulatoriali, che spesso hanno una durata limitata o per i quali non vi è la certezza del rinnovo fino al momento della scadenza. Situazioni di questo genere potrebbero comportare la continua chiusura e riapertura delle agende degli specifici specialisti, ma già alcune regioni hanno risolto il problema concordando con gli specialisti di impostare le agende sempre con una prospettiva di almeno tre mesi, all'interno dei quali prevedere anche le eventuali assenze per motivi di studio o altro. Anche in questo caso, inoltre, l'eventuale disagio della sospensione può essere attenuato dall'utilizzo della modalità dei pre-appuntamenti.

Tutte le situazioni sopra citate sono chiaramente lesive del diritto del cittadino all'accesso alle prestazioni, come recentemente affermato dalla legge 266/2005, che al comma 282 vieta la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni, prevedendo anche delle specifiche sanzioni amministrative per i contravventori (comma 284). Resta invece la possibilità di interruzione delle attività di erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici (comma 282).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Considerata la particolare delicatezza di queste problematiche, che determinano disagio negli utenti e incidono sul diritto di accesso alle prestazioni, e vista anche la non uniformità delle procedure seguite, si riportano alcuni principi e modalità operative per la gestione del problema della sospensione della erogazione.

Linee guida per la sospensione delle attività di erogazione

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

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

- La regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, e seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti.
- Di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la direzione aziendale.
- La direzione aziendale deve informare la Regione di ogni sospensione avvenuta, e tali informazioni dovranno essere inviate, nelle forme e nei termini che saranno successivamente indicati, al Ministero della Salute.
- Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni:
 - di quale prestazione si è sospesa l'erogazione (cosa è stato sospeso)



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- dove
- perché
- per quanto tempo (da quando a quando).

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

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



ALLEGATO B

Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili

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

La Direzione Aziendale deve definire una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero (Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità dei presidi, dipartimenti o UO.

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

Si sottolinea che il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa “ex-post” si basa sulla presenza nella SDO di due informazioni: a) la data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione, b) la classe di priorità del paziente. Il primo campo era già stato in precedenza previsto (e già esistente in alcune regioni), mentre il secondo rappresenta una novità, per altro coerente con quanto deciso nell’Accordo 11 luglio 2002 e nell’Intesa 28 marzo 2006.

Contenuti e procedura

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

- a) possono richiedere una prenotazione,
- b) decidono l’inserimento nell’agenda di prenotazione,
- c) inseriscono materialmente i dati,
- d) possono consultare le agende, a quali scopi, come, quando, quanto (quali campi).

Tra i soggetti che possono avere accesso ai dati saranno ovviamente sempre previsti gli incaricati delle direzioni sanitarie e delle regioni, che hanno il compito di vigilare e verificare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza, efficienza ecc., compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso.

La esplicitazione di procedure e riferimenti permetterà inoltre all’utente di esercitare un maggiore controllo sull’iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La procedura deve indicare dove è conservata l'agenda e sotto la responsabilità di chi, in particolare relativamente a: gestione quotidiana, inserimento dati, conservazione, tutela accesso e riservatezza.

La Direzione Sanitaria di presidio deve garantire una attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato delle agende; tale attività di vigilanza deve avvenire con precise responsabilità e modalità operative.

Devono essere definite le procedure e le responsabilità sul controllo della qualità dei dati, con particolare riferimento alla congruenza delle classi di priorità assegnate ai pazienti e dei tempi di effettiva erogazione. Vanno periodicamente valutate la sensibilità e la specificità dei criteri utilizzati per l'attribuzione alle diverse classi di priorità. Le informazioni derivate dalle attività di verifica devono essere periodicamente portate a conoscenza dei prescrittori e dei decisori.

È opportuno ricordare che il DPCM 19/5/1995 (punto 4.3) prevede la possibilità di svolgere azioni di controllo sulle agende di prenotazione anche da parte di soggetti esterni, in particolare i MMG. Pertanto, la configurazione delle agende, siano essi su supporto cartaceo od informatico, deve prevedere la possibilità dello svolgimento di questi controlli nel rispetto della normativa sulla privacy, ovvero rendendo verificabili i dati inerenti i criteri e le date di prenotazione, senza però rendere accessibili i dati di identificazione del paziente.

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