

# **Proposta di ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO IN MATERIA DI CARTE DEI SERVIZI IN SANITÀ**

## **Premessa**

Lo strumento della Carta dei servizi pubblici viene introdotto nel 1994 e disciplinato in termini generali con la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio di quell'anno. Il successivo Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito in legge 11 luglio 1995, n. 273, prevede l'adozione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di proprie Carte dei servizi. L'obiettivo che si intende perseguire prevedendo l'adozione di tale documento è quello di garantire all'utenza alcuni standard di prestazione che l'esercente rende noti e si impegna a garantire, assicurando forme di rimborso nei casi in cui è possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, agli standard pubblicati.

Il settore della sanità viene individuato come primo ambito di erogazione dei servizi nel quale diffondere e sperimentare l'impiego dello strumento della Carta. Lo *Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari* viene adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995 e ad esso seguono le Linee Guida n. 2/95 per *l'Attuazione della Carta dei servizi nel sistema sanitario nazionale*.

Le linee guida indicano, fra le altre cose, uno schema generale di Carta dei servizi articolato in quattro sezioni: Sez. I. Presentazione dell'azienda sanitaria e principi fondamentali; Sez. II. Informazioni sulle strutture e i servizi forniti; Sez. III. Standard di qualità impegni e programmi; Sez. IV. Meccanismi di tutela e di verifica.

I risultati di una ricerca commissionata da Agenas sull'attuazione della Carta dei servizi in sanità dal 1995 ad oggi mostrano, fra le altre cose, che, se i contenuti essenzialmente informativi delle prime due sezioni sono mediamente sviluppati in tutte le realtà, risulta invece ancora carente nella maggior parte delle esperienze la previsione degli standard di qualità che le aziende si impegnano a rispettare e l'illustrazione dei meccanismi di tutela, verifica del loro rispetto e rimborso all'utenza nel caso di inadempimento.

Oltre a ciò la ricerca dimostra la scarsa attenzione della gran parte delle aziende all'aggiornamento della Carta, che viene spesso percepita come un adempimento burocratico, piuttosto che come uno strumento di corretta relazione con l'utenza.

Nel corso degli anni che ci separano dalle prime esperienze di attuazione della Carta dei servizi in sanità molte cose sono cambiate.

In materia di organizzazione sanitaria il legislatore ha ulteriormente accentuato l'autonomia delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, sviluppando l'impianto previsto nella versione iniziale del d.lgs. 502 del 1992. La regionalizzazione del servizio sanitario è stata confermata e, per alcuni versi, accentuata dalla modifica costituzionale intervenuta con legge cost. 3 del 2001.

Sono stati previsti e disciplinati i livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001).

In materia di diritti del malato, il dibattito in ambito nazionale ed europeo ha mostrato una crescente sensibilità per la necessaria tutela di aspetti ulteriori e diversi rispetto a quelli inizialmente individuati dalle linee guida in materia di Carte dei servizi. Dal diritto alla privacy, al diritto a veder rispettato in maniera sostanziale il criterio del consenso informato, fino al diritto all'innovazione.

In materia di trasparenza e diritto ad una informazione di servizio anche sull'organizzazione e il funzionamento dell'amministrazione, molto è stato fatto da ultimo con il d.lgs. 33/2013 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*.

In materia di mezzi di comunicazione con l'utenza, gli strumenti si sono profondamente modificati grazie all'ampio impiego dei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni come luogo di informazione e interazione con i cittadini.

In materia di garanzia delle situazioni soggettive di coloro che entrano in relazione con la pubblica amministrazione gli strumenti si sono significativamente arricchiti attraverso la previsione di forme di tutela sostanziale anche delle pretese sottostanti agli interessi legittimi, nonché, con specifico riferimento ai servizi, attraverso la possibilità di azioni collettive anche a tutela dei danni derivanti dalle inefficienze della pubblica amministrazione (d.lgs. 20 dicembre 2009, n. 198).

La Carta dei servizi deve essere intesa come *occasione per le aziende sanitarie di un ripensamento di molte modalità operative di relazione con l'utenza, nonché come opportunità per una riorganizzazione dei servizi nella prospettiva di una sempre maggiore umanizzazione delle prestazioni*. L'attivazione di tali processi richiede il diretto impegno di ogni realtà erogatrice che deve percepirsi come protagonista del processo. In questo senso, anche le singole regioni debbono valorizzare l'autonomia delle aziende, pur imponendo il risultato anche in termini sostanziali.

Quanto ai **contenuti informativi essenziali** della nuova Carta dei servizi sanitari, occorre tenere conto del fatto che molte informazioni, che a lungo hanno trovato spazio di pubblicizzazione unicamente in tale strumento, sono oggi oggetto di obblighi di pubblicità specifici. In particolare, dall'esame delle Carte dei servizi adottate fino ad ora, è emerso come appaia particolarmente sviluppata la parte relativa all'illustrazione dell'organizzazione. Attualmente la gran parte delle informazioni relative all'articolazione, al funzionamento, alle responsabilità e alle prestazioni delle diverse partizioni in cui si struttura una amministrazione, ivi comprese quelle sanitarie, sono oggetto di specifici obblighi di pubblicazione, ai sensi di quanto disposto dagli artt. 13 e 41 del d.lgs. 33/2013, nella sezione del sito web istituzionale denominata *“Amministrazione trasparente”*.

Diverse Carte dei servizi dedicano poi una parte, a volte anche consistente, ad indicare non tanto standard di qualità da assicurare nell'erogazione dei singoli servizi, quanto obiettivi di miglioramento della funzionalità delle strutture che li erogano. Si tratta di indicazioni di incremento della qualità che oggi sono rese adeguatamente conoscibili attraverso la pubblicazione del Piano della *performance*.

## **La proposta**

Tali considerazioni consentono di immaginare oggi una *Carta di servizi più leggera* che si concentri essenzialmente sulla sua funzione originaria, quella di strumento per consentire all'utente del servizio sanitario nazionale (SSN) di ottenere un efficace intervento assistenziale e l'assunzione di *impegni precisi sulla quantità e qualità dei servizi/prestazioni che una amministrazione garantisce anche attraverso la previsione di forme di ristoro per l'utenza a fronte del loro mancato rispetto*.

Quanto all'impostazione della nuova Carta dei servizi, ***occorre che la presentazione dei contenuti sia articolata a partire dai servizi/prestazioni, aggregati anche secondo i "percorsi assistenziali", e non più solamente dalle strutture organizzative e dai servizi/prestazioni da loro erogati.*** Invece, attualmente, per conoscere le modalità di erogazione, di prenotazione, di pagamento, di fruizione e, quando presenti, gli standard assicurati per una prestazione, l'utente può fare riferimento unicamente alla struttura semplice o complessa che fornisce la stessa.

Quello che qui si prospetta è un capovolgimento dell'impostazione attuale. Immaginando che gli utenti del SSN si possano dividere in due categorie, l'utente di prestazioni specialistiche singolarmente prese (ad esempio, *check up*, esami relativi alla prevenzione come pap-test, mammografia screening, ecc.) e l'utente che si inserisce in uno specifico "percorso assistenziale" (ad esempio, il malato oncologico, il diabetico, ecc.), entrambe le tipologie di utenti devono essere messe nella condizione da parte della azienda sanitaria di conoscere gli standard di qualità che possono pretendere in merito alle specifiche prestazioni che devono ricevere (modalità di prenotazione e pagamento, luogo di erogazione, tempi di attesa, modalità di ristoro, ecc.).

L'indice della Carta dovrebbe avere una configurazione modulare, scomponibile nelle singole prestazioni erogate dall'azienda sanitaria, aggregabili nei **percorsi assistenziali più rilevanti** (per gravità, frequenza, complessità, ecc.) in uso presso **l'azienda sanitaria**. In considerazione della numerosità delle prestazioni/servizi resi dalle strutture sanitarie, e dei possibili percorsi assistenziali forniti, si suggerisce una implementazione incrementale del modello suddetto, a partire dalle 58 prestazioni/servizi previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 e dai percorsi assistenziali a maggior diffusione nelle singole realtà. Per le restanti prestazioni/servizi, dunque, è indispensabile che si mantenga l'articolazione della Carta dei servizi per strutture organizzative, consentendo all'utente di ricavare le informazioni relative a queste prestazioni/servizi a partire dalla struttura che li fornisce.

A questo proposito sarebbe auspicabile – la presente iniziativa contribuisce a questo fine - che le regioni, nelle sedi opportune, si coordinassero al fine di individuare in maniera tendenzialmente uniforme i percorsi assistenziali e le modalità per monitorarne la funzionalità, anche per garantire una presa in carico del paziente il più possibile uniforme su tutto il territorio nazionale.

La nuova Carta dei servizi dovrebbe, quindi, contenere una serie di informazioni sempre aggiornate, facilmente organizzabili e consultabili da parte del singolo utente, a partire dalla tipologia di servizio di cui si intende fruire. Questo potrebbe essere agevolmente fatto tramite il sito web dell'azienda. A ciò si deve aggiungere la consegna ad ogni paziente di documenti sintetici in forma cartacea "composti" a partire dalle esigenze del singolo utente all'inizio di un percorso assistenziale che prevede diversi momenti di interazione con la struttura sanitaria. In ogni modo, l'utente deve essere messo in condizione di conoscere lo standard di qualità del "proprio" percorso utilizzando strumenti comunicativi che consentano di colmare eventuali situazioni di divario digitale.

Al fine di meglio garantire la dinamicità dello strumento della Carta dei servizi si potrebbe prevedere che non solo la sua adozione, ma anche il suo **periodico aggiornamento**, sia considerato un **requisito per l'accreditamento delle strutture sanitarie**. L'effettivo rispetto degli standard di qualità (fra i quali vanno considerati gli standard individuati a livello nazionale come quelli relativi agli indicatori LEA; il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, ecc.) potrebbe essere garantito non solo attraverso forme di ristoro all'utenza, ma anche tramite un collegamento fra il rispetto degli standard previsti e la **responsabilità dei titolari della unità organizzativa che eroga il servizio**.

Sempre in tema di qualità dei servizi, si definiscono le seguenti dimensioni della qualità per le quali ogni struttura dovrà definire standard di qualità e indicatori relativamente sia alle prestazioni/servizi, che ai percorsi assistenziali identificati:

- **Accessibilità.** Capacità di garantire l'accesso ai servizi erogati a tutti gli utenti potenzialmente interessati, declinabile in termini spaziali, temporali e di possibilità di utilizzo di canali diversi. Dal punto di vista spaziale si può intendere la facilità di accesso al luogo in cui si eroga il servizio (per esempio: la dislocazione sul territorio, la proporzionalità tra il servizio offerto e il relativo bacino di riferimento). Dal punto di vista temporale si può fare riferimento agli orari di apertura al pubblico, al numero di passaggi procedurali per ottenere il servizio richiesto, ai tempi di attesa per l'accesso ai servizi e/o agli sportelli, ecc.. Per possibilità di utilizzo di canali diversi, infine, si può intendere la disponibilità di molteplici forme di comunicazione (per esempio: telefono, fax, mail, PEC, posta cartacea, interfaccia web), con l'indicazione, per ciascuna di esse, di tempi e termini di utilizzo.
- **Tempestività.** Tempo intercorrente fra la richiesta del servizio da parte dell'utente (o la promessa di servizio da parte della struttura) e l'effettiva erogazione dello stesso, declinabile, a seconda dei casi, come tempo massimo di erogazione del servizio, tempo di risposta, frequenza di erogazione (in caso di servizio ripetitivo).

Si ricorda che le dimensioni della qualità indicate si riferiscono a quelle essenziali da prevedere in ambito generale di struttura, o di prestazioni/servizi e percorsi assistenziali. L'amministrazione potrà comunque individuare, qualora ritenute utili, dimensioni aggiuntive della qualità in relazione alle specificità dei servizi e/o percorsi assistenziali erogati. Si ricorda che i servizi resi dalle strutture sanitarie debbono ispirarsi a principi internazionalmente riconosciuti fra i quali la trasparenza, il diritto alla sicurezza, la continuità assistenziale, il diritto di scelta, l'equità, l'umanizzazione e la personalizzazione.

Si sottolinea l'importanza di prevedere più indicatori per ciascuna delle dimensioni considerate, in coerenza con il proprio sistema informativo, allo scopo di garantire una completa ed efficace misurazione della dimensione stessa. A questo scopo si fa rimando alle delibere dell'A.N.AC. in tema di standard di qualità (n. 88/2010 e n. 3/2012).

Naturalmente, si ricorda, inoltre, che l'utente deve poter trovare facilmente nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito web dell'ente, informazioni puntuali **sull'azienda e le sue strutture operative**. Le singole aziende sanitarie dovrebbero, quindi, verificare sui propri siti la disponibilità delle informazioni per gli utenti e la loro accessibilità (cfr. Allegato 1: capitolo 2. *C.I.E. AZIENDA E SUE STRUTTURE*).

Infine, in tema di trasparenza, si raccomanda che ogni struttura renda pubblici sul proprio sito web tutti i documenti relativi alla *performance* e al processo di monitoraggio della qualità delle prestazioni/servizi o percorsi assistenziali individuati. In particolare:

- Relazione aziendale annuale sulla *performance* rispetto agli standard di qualità generali e specifici delle prestazioni/ servizi e dei percorsi;
- Relazione sui risultati del monitoraggio dei PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa);
- Relazione sui risultati delle indagini di soddisfazioni degli utenti;
- Report annuale sui Ricorsi/Reclami.

Nell'allegato 1 viene riportato uno schema di riferimento, per lo sviluppo dei **C.I.E. (Contenuti Informativi Essenziali) delle Carte dei Servizi**.



# Allegato 1

## I C.I.E. (Contenuti Informativi Essenziali) delle Carte dei Servizi

Viste le profonde innovazioni dei modelli organizzativi registrate in questi anni nel nostro SSN e le ancora presenti difficoltà di sviluppo di alcuni contenuti delle Carte dei servizi sanitari in essere (come precedentemente ricordato), la centralità dei *Contenuti Informativi Essenziali (C.I.E.)* delle Carte dei servizi viene proposta su:

1. **prestazioni/servizi e percorsi assistenziali**
  - a. *singoli/multipli per specifici problemi*
  - b. *aggregati in appositi percorsi assistenziali*
2. **azienda e le sue strutture operative**
3. **tutela** (*ricorso e ristoro*).

Naturalmente, la sezione 2 deve permettere all'utente di trovare tutte le informazioni necessarie a partire dalla struttura che fornisce le prestazioni/servizi non compresi nella sezione 1.

In una Carta dei servizi cartacea le informazioni (presenza di un servizio, guida al suo utilizzo, standard di qualità ecc.) devono essere disposte in maniera seriale, mentre nel sito web esse possono trovarsi anche in parallelo, consentendo all'utente di leggerle in modo integrato. Ad esempio, le informazioni su una prestazione possono essere lette in contemporanea a quelle sulla struttura organizzativa che le eroga (basta un link che indirizza istantaneamente alla giusta pagina) e, sempre contemporaneamente (con un altro link), si può essere indirizzati agli standard di qualità garantiti da quella struttura organizzativa e così via.

Si raccomanda, infine, che ogni azienda renda il proprio sito facilmente navigabile, utilizzando il più possibile collegamenti ipertestuali per rendere maggiormente fruibile la raccolta di informazioni diverse da parte di un utente inesperto.

La numerazione dei singoli capitoli dei C.I.E. non è indicativa di priorità di contenuti, ma semplicemente un sistema ordinatorio dei contenuti dei diversi paragrafi.

## ***1. C.I.E. PRESTAZIONI/SERVIZI E PERCORSI ASSISTENZIALI***

### **1.1. Aspetti generali**

Illustrazione del significato di prestazioni/servizi e di percorsi assistenziali

### **1.2. Prestazioni- Servizi**

1.2.1. Elenco – L'elenco base (58 prestazioni/servizi) è quello previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA 2010-2012)

A) Prestazioni ambulatoriali
A 1) Visite specialistiche
A 2) Prestazioni strumentali
A 2.1.) <i>Diagnostica per immagini</i>
A 2.2.) <i>Altri esami specialistici</i>
B) Prestazioni in regime di ricovero
B 1) Prestazioni in Day Hospital-Day Surgery
B 2) Prestazioni in ricovero ordinario

1.2.2. Informazioni da garantire (vedi esempio *Allegato A*)

- a) Contenuto/caratteristiche dell'intervento
- b) Sede della struttura organizzativa con relativi recapiti
- c) Responsabile
- d) Orari di apertura
- e) Condizioni cliniche per le quali si applica
- f) Tempi di attesa in tempo reale
- g) Modalità di prenotazione
- h) Modalità di accesso (luogo, orario, ..)
- i) Modalità di ritiro referti
- j) Modalità di applicazione dell'esenzione
- k) Modalità di pagamento tariffe
- l) Standard di qualità, indicatori e valori standard relativi alle dimensioni rilevanti
- m) Modalità di ristoro in caso di non rispetto degli standard

### 1.3. Percorsi Assistenziali

1.3.1. Elenco<sup>1</sup> – partire dai due percorsi previsti dal PNGLA 2010-2012 (Prestazioni inserite in **percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica**).

1.3.2. Informazioni da garantire per ciascun percorso (vedi esempio *Allegato B*):

- a) Condizione clinica per entrare nel percorso
- b) Condizioni per avere diritto all'esenzione (link punto 1.2.2 j)
- c) Diagramma di flusso generale del percorso con indicazione dei servizi/prestazioni erogate, i luoghi e i tempi (link punto 1.2.2)
- d) Figura che sarà coordinatore-responsabile del percorso e a cui il paziente dovrà rivolgersi per problemi inerenti la condizione che ha portato all'attivazione del percorso stesso
- e) Nodi critici dei percorsi che devono essere garantiti e monitorati (vedi esempio *Allegato B*)
- f) Standard di qualità per le dimensioni rilevanti, indicatori e valori programmati relativi ai nodi critici del percorso
- g) Modalità di ristoro in caso di non rispetto degli standard
- h) Monitoraggio di qualità dei percorsi
  - a. Di processo
  - b. Di esito

---

<sup>1</sup> Si riporta, a titolo esemplificativo, un elenco dei percorsi assistenziali a maggior diffusione nelle realtà regionali (*IMA; Scenari cardiaci; Stroke; Patologie cardiache; Diabete; BPCO; Oncologico; Malati Terminali/Cure palliative/Terapia del dolore*); *Anziani non autosufficienti/Alzheimer; Disabilità fisica; Salute Mentale; Dipendenze Patologiche*



## **2. C.I.E. AZIENDA E SUE STRUTTURE**

**I C.I.E. di seguito riportati fanno riferimento ad un'Azienda sanitaria locale e alle sue strutture; analoga rappresentazione, con i dovuti adattamenti, può essere fatta per le altre tipologie di enti del SSN per i quali trova applicazione l'Atto di indirizzo e coordinamento.**

### **2.1. PRESENTAZIONE GENERALE DELL'AZIENDA**

- 2.1.1. Ambito territoriale della USL (comuni, circoscrizioni, zone o quartieri) e bacino di utenza della USL (numero assistiti)
- 2.1.2. Elenco dei macrolivelli assistenziali e descrizione, in forma generale, del livello di assistenza garantito da ognuno di essi. Link per ogni macrolivello alle strutture organizzative (link database punto 2.2) che contiene.

### **2.2. Le strutture organizzative aziendali**

- 2.2.1. Elenco delle strutture fisiche dell'azienda, con relativi recapiti (indirizzi, n° telefonico-fax, mail, ecc.)
- 2.2.2. Elenco delle strutture organizzative dell'azienda
- 2.2.3. Elenco dei responsabili di ogni struttura organizzativa
- 2.2.4. Elenco delle prestazioni erogate

### **2.3. Per ogni struttura organizzativa deve essere possibile risalire tramite link diretto a:**

- 2.3.1. Finalità servizio
- 2.3.2. Responsabile (link a punto 2.2.3)
- 2.3.3. Sede della struttura organizzativa con relativi recapiti (link punto 2.2.1)
- 2.3.4. Orari di apertura (link punto 1.2.2 e)
- 2.3.5. Prestazioni erogate (link punto 2.2.4)
- 2.3.6. Modalità di prenotazione (link punto 1.2.2 g)
- 2.3.7. Modalità di ritiro dei referti (link punto 1.2.2 i)
- 2.3.8. Modalità di pagamento delle tariffe (link punto 1.2.2 k)
- 2.3.9. Indicazioni all'utilizzo del servizio (ad esempio, indicazioni per la preparazione dell'occorrente al ricovero come la documentazione, i capi di vestiario, ecc.)

### **2.4. Per ogni struttura organizzativa devono essere descritti i principali servizi non sanitari**

- 2.4.1. Elenco di tutti i servizi non sanitari della struttura (ad esempio: parcheggio, URP, servizi di pulizia, mensa, bar, servizi ricettivi, servizi religiosi, servizi di trasporto, ecc.)
- 2.4.2. Informazioni da garantire:
  - a) Descrizione del servizio
  - b) Responsabile
  - c) Orari di apertura
  - d) Modalità di accesso (luogo, orario, telefono, ecc.)

### **3. C.I.E. TUTELA**

#### **3.1. RICORSO/RECLAMI**

- 3.1.1. Ufficio/i preposto/i
- 3.1.2. Funzioni
- 3.1.3. Modalità di presentazione del reclamo
- 3.1.4. Report annuale reclami

#### **3.2. RISTORO**

- 3.2.1. Elenco dei casi di ristoro
- 3.2.2. Modalità e tempi del ristoro

## ALLEGATO A – Esempio di C.I.E. per prestazione/servizio

C.I.E. - ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	
a) Contenuto/caratteristiche dell'intervento	<p><b>Che cosa è l'ecografia addome?</b> L'ecografia addominale è una metodica diagnostica non invasiva che, utilizzando gli ultrasuoni emessi da una sonda appoggiata sulla pelle del paziente, consente di visualizzare gli organi dell'addome e i principali vasi sanguigni che si trovano nella cavità addominale. L'area da esaminare viene preliminarmente inumidita da un gel che consente la trasmissione in profondità degli ultrasuoni emessi dalla sonda. <b>Durata dell'esame</b> - La durata dell'esame è mediamente di 15/20 minuti. <b>Come si svolge l'ecografia addominale?</b> Durante l'esame dell'ecografia addome completo, sulla pelle del paziente, in corrispondenza dell'addome, viene applicato un gel umido al fine di migliorare il contatto della sonda ad ultrasuoni. L'esame è indolore ma se viene effettuato su un'area infiammata, la sensazione di dolore può essere leggermente più intensa. <b>Preparazione ecografia addome</b> - La preparazione indicata è per soggetti adulti. Nei due giorni precedenti l'esame, assumere due compresse di carbone vegetale dopo colazione, dopo pranzo, dopo cena. Da evitare i seguenti alimenti: verdura, latte, latticini, frutta, legumi e bevande gassate. Il giorno dell'esame è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (se compatibile con terapie in atto).. Portare cartelle cliniche, esami di laboratorio e soprattutto precedenti ecografie. Assumere le eventuali terapie in corso secondo lo schema abituale- La preparazione di seguito riportata non è prevista per i bambini per i quali è raccomandato, quando possibile di presentarsi a digiuno</p>
b) Condizioni cliniche per le quali si applica	<p><b>A cosa serve l'ecografia addominale?</b> L'ecografia dell' addome <b>completo</b> consente di visualizzare e studiare tutti gli organi dell'addome e i principali vasi sanguigni che si trovano nella cavità addominale. In particolare l'esame permette al medico di studiare fegato, colecisti, vie biliari, reni, pancreas, milza, aorta. e una immagine generale dello stato di salute dei suoi organi. L'ecografia addominale non viene invece routinariamente utilizzata per le patologie legate al tratto gastro-intestinale (stomaco, intestino e colon), pur potendo fornire informazioni in casi selezionati. L'esame viene richiesto al fine di valutare la maggior parte delle patologie che interessano l'addome e per avere una immagine generale dello stato di salute dei suoi organi. L'ecografia addominale non viene invece routinariamente utilizzata per le patologie legate al tratto gastro-intestinale (stomaco, intestino e colon), pur potendo fornire informazioni in casi selezionati.</p>
c) Tempi di attesa in tempo reale	Ecografia Addome superiore: (Classe B) 8gg; (CLASSE D)6 gg.; 5 (CLASSE P) 149 gg.
d) Modalità di prenotazione	Gli utenti possono accedere alle prestazioni ambulatoriali sono prenotabili attraverso il CUP, o telefonando al Numero Unico ..... XXX.XXX.XXX, attivo dal lunedì al venerdì ore 7.30 - 18.00 e il sabato ore 8.00 - 12.00
e) Modalità di accesso (luogo, orario,..)	<b>Ospedale XXX</b> - Ambulatori padiglione n. X, piano terra e piano X - <b>Recapiti- Segreteria:</b> tel. 0XXX- XXX-XXX Fax 0XXX- XXX-XXX - <b>mail:</b> xxxxxx.xxxx@xxxxx.it - <b>Ambulatori:</b> tel. 0XXX- XXX-XXX - <b>Orario:</b> dal lunedì al venerdì ore 7.30 - 18.00 e il sabato ore 8.00 - 12.00
f) Modalità di ritiro referti	<b>Ritiro Referti</b> - I referti delle prestazioni ambulatoriali e radiologiche si ritirano allo sportello dedicato del CUP Prestazioni: padiglione x, piano terra, lato x, dal lunedì al venerdì: 7.30 - 18.30 (orario continuato); sabato: 7.30 - 12.30. I referti si possono ritirare di persona o tramite spedizione a domicilio compilando il modulo richiesta al momento dell'accettazione e versando contestualmente l'importo dovuto. <b>Chi può ritirare</b> - L'interessato o altra persona, purché in possesso di delega, con il proprio documento di identità e fotocopia del documento d'identità del delegante. <b>Cosa serve</b> - Per il ritiro l'interessato si deve presentare con ricevuta di pagamento e documento d'identità. La persona delegata deve essere munita di delega, di fotocopia del documento d'identità del delegante, della ricevuta di pagamento e del proprio documento d'identità.
g) Modalità di pagamento tariffe	<b>Quanto si paga</b> - Ticket 36.00 € + 10 € di tassa governativa per ogni ricetta (valore prestazione: 56.10 €)
	<b>Come si paga:</b> <b>A)</b> In contanti e Bancomat, in una delle Casse Ticket Automatiche presenti in azienda (vedi sotto "dislocazione"). <b>B)</b> In contanti, Bancomat, Carte di Credito e Bancoposta, al Servizio Casse, presenti nel centro CUP Prenotazioni Prestazioni, Padiglione n. x1, piano terra, lato x. <b>C)</b> Online, in "xxxxxxxxxx", con carta di credito abbinata alla Carta Regionale dei Servizi oppure <b>con carta di credito abbinata</b> al codice della prenotazione.
	Per altre forme di pagamento, è necessario telefonare al numero 0000 – XXX.XXX.XXX – per conoscere importo e modalità.
	Casse ticket automatiche: <b>Dislocazione:</b> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx; <b>Modalità Utilizzo</b> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
h) Standard di qualità	
a. Tempestività	<b>LA PRESTAZIONE DEVE ESSERE EROGATA ENTRO SEGUENTI TEMPI MASSIMI:</b> Ecografia addome superiore, inferiore e completo priorità B 10 gg.; Ecografia addome superiore, inferiore e completo priorità D 60 gg.; Ecografia addome superiore, inferiore e completo priorità P 120 gg.
a. Accessibilità	vedi orario punto e)
i) Modalità di ristoro in caso di non rispetto degli standard	Qualora non vengano rispettati i tempi di attesa previsti per le classi di priorità B (10 giorni) e P (120 giorni) viene attivata la procedura che garantisca l'erogazione da parte delle strutture Private accreditate.

## ALLEGATO B– Esempio di C.I.E. per i Percorsi Diagnostici Terapeutici di tipo Assistenziale (PDTA)

C.I.E. - PERCORSO DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO	
a) Condizione clinica per entrare nel percorso	Pazienti affetti da diabete di tipo 2, non complicato o con complicanze in fase iniziale stabili seguiti in ambulatorio proattivo
b) Diagramma di flusso generale del percorso con indicazione dei servizi/prestazioni erogate, i luoghi e i tempi	I seguenti esami ematochimici e strumentali ( <i>glicemia ; emoglobina glicata; microalbuminuria; creatineninemia; esame urine</i> ) devono essere sempre eseguiti ad ogni controllo programmato, secondo il valore di emoglobina glicata :
	· a 6 mesi per Hb glicata sotto 7 e controllo MMG quando se ne presenta l'occasione
	· a 4 mesi per Hb glicata tra 7 e 8 e controllo MMG allo scadere dei 4 mesi
	· a 2 mesi per Hb glicata sopra 8 e controllo MMG immediato
	Esami da eseguire 1 volta l'anno quadro lipidico (colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi); funzionalità renale (creatinina, <i>clearance</i> creatinina); ECG; fundus oculi, solo in assenza di retinopatia, a cadenza annuale
Esami da eseguire 1 volta ogni 2 anni visita cardiologica, esecuzione dell'ecg con eco cuore, a cadenza biennale	
c) Figura coordinatore-responsabile del percorso	Il MMG E' il referente clinico ed organizzativo del piano assistenziale del paziente.
d) Nodi critici dei percorsi che devono essere garantiti e monitorati	Tutti quelli previsti nel punto B (non urgenza/emergenza del percorso)
e) Standard di qualità del percorso	
a. Tempestività	Gli esami previsti al punto b devono essere eseguiti nei tempi previsti , con un ritardo massimo di x (2) mesi
f) Modalità di ristoro in caso di non rispetto degli standard	Per la tempestività il ristoro è dato dalla possibilità di effettuare le prestazioni previste direttamente in strutture private (anche non accreditate), a carico del SSN ( <i>Ristoro diretto</i> )
g) Monitoraggio di qualità dei percorsi	
a. processo	· messa a disposizione dell'elenco di patologia
	· percentuale di pazienti con misurazione Hb glicata nell'ultimo anno
	· percentuale di pazienti con valutazione rischio CV negli ultimi due anni
	· percentuale pazienti che hanno ricevuto <i>counseling</i> individuale o di gruppo
	· percentuale pazienti a cui sono state somministrate istruzioni per l'uso del refllettometro
b. esito	· percentuale di diabetici senza terapia nella coorte di pazienti con Hb glicata <7
	· percentuale di soggetti che entrano nell'ambulatorio proattivo rispetto agli eleggibili
	· percentuale di abbandono della terapia
	· soddisfazione del paziente, mediante somministrazione di questionario ad hoc
	· percentuale di pazienti in cui non si è raggiunto lo standard previsto per il criterio "tempestività"