

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale
9^a legislaturaStruttura amministrativa competente:
Direzione Attuazione Programmazione
SanitariaPresidente
Vicepresidente
Assessori

Luca	Zaia		
Marino	Zorzato		
Renato	Chisso		
Roberto	Ciambetti		
Luca	Coletto		
Maurizio	Conte		
Marialuisa	Coppola		
Elena	Donazzan		
Marino	Finozzi		
Massimo	Giorgetti		
Franco	Manzato		
Remo	Sernagiotto		
Daniele	Stival		

Segretario

Mario

Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.**del**

OGGETTO: Il governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto

NOTE PER LA TRASPARENZA: Con questo provvedimento si intende porre l'attenzione sulle principali azioni da realizzare al fine di ottenere un efficace governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto, ribadendo alcune importanti indicazioni in relazione alle più recenti criticità intervenute in tale ambito.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il processo di riordino della disciplina in materia sanitaria avviato negli anni '90 con il D. Lvo n° 502 del 30 dicembre 1992, così come modificato dal D. Lvo n° 517 del 7 dicembre 1993, pur nel rispetto dei valori di fondo previsti dalla Legge n° 833 del 23 dicembre 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale – globalità della salute, equità e solidarietà – porta alla luce il concetto di “livelli di assistenza” come ambito di tutela che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna ad erogare in modo uniforme a tutti i cittadini sul territorio.

Un passaggio normativo fondamentale è costituito dal DPCM 29 novembre 2001, con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

Secondo quanto previsto dal D. Lvo n° 124 del 29 aprile 1998, Art. 3 comma 12, spetta alle Regioni disciplinare, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività di erogazione delle prestazioni prescritte, con la responsabilità della messa in atto di tutti i processi necessari a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi corretti in capo ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali.

Ciò è stato ribadito con il DPR del 23 luglio 1998 (Piano Sanitario Nazionale 1998-2000), nel quale è espressamente specificato come le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle linee di indirizzo per l'individuazione delle priorità assistenziali e della indicazione degli obiettivi gestionali, debbano elaborare programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri e per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La Regione Veneto, con DGR n° 3683 del 13 ottobre 1998, in attuazione delle prescrizioni di cui al D. Lvo n° 124/98, ha individuato gli standard di riferimento relativi ai tempi di attesa massimi entro i quali le Aziende ULSS ed Ospedaliere sono tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale, fornendo una serie di disposizioni volte a rendere operativo il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni stesse.

Il processo di rinnovamento si è successivamente concretizzato con il D.Lvo n° 229 del 19 giugno 1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’Art. 1 della legge 30 novembre 1998 n° 419” nel quale, all’art. 1 comma 2, è riportato che il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza nel rispetto “dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse”.

L’Art. 15 quinquies, comma 3, del sopracitato D. L.vo n° 229/99 specifica in particolare che “*per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l’attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali*”.

A tale proposito si precisa che il DPCM del 27 marzo 2000 “*Atto di indirizzo e coordinamento concernente l’attività libero professionale intramuraria del personale della Dirigenza Sanitaria del SSN*”, all’Art. 10 prevede che il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria concordi con i singoli dirigenti e con le equipe i volumi di attività istituzionale, che devono essere comunque assicurati in relazione ai volumi di attività libero professionale, con particolare riferimento alle prestazioni non differibili in ragione della gravità e complessità della patologia.

Relativamente all’attività istituzionale, con Legge n° 266 del 23 dicembre 2005 è previsto il divieto assoluto di sospendere la prenotazione delle prestazioni contenute nei LEA di cui al DPCM del 29 novembre 2001, e la contestuale adozione di procedure standardizzate per la gestione dei casi di sospensione dell’erogazione delle prestazioni per motivi tecnici, dei quali va data informazione al Ministero della Salute con cadenza semestrale.

Con la Legge 3 agosto 2007 n° 120 sono state fornite disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria, relativamente al fatto che le attività di prenotazione ed erogazione delle prestazioni vanno svolte in tempi e spazi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle stesse prestazioni che non devono superare globalmente quelli eseguiti in regime istituzionale.

Nell’ambito della promozione di tutte le strategie finalizzate al governo dei tempi di attesa al fine di garantirne il rispetto, la Regione Veneto già con DGR n° 4119 del 19 luglio 1991 aveva previsto il massimo utilizzo delle strutture sanitarie, per almeno 12 ore giornaliere, in particolare delle grandi apparecchiature medicali fino a 18 ore giornaliere.

Con DGR n° 3535 del 12 novembre 2004 è stato elaborato un programma denominato “*Riorganizzazione nell’erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ai fini del contenimento delle liste di attesa*”. L’applicazione a livello aziendale del suddetto programma è risultata essenziale, vista la continua crescita delle richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali cui si contrappone la difficoltà a soddisfare le richieste per specifiche prestazioni in tempi accettabili.

Peraltro è noto che, tra le problematiche relative ai tempi di attesa per l’erogazione delle prestazioni sanitarie, hanno un forte impatto l’inappropriatezza prescrittiva e l’uso inappropriato della tecnologia sanitaria, che generano rindondanze e duplicazioni delle richieste di esami.

In questa direzione sono stati redatti i Piani Nazionali di Contenimento delle Liste di Attesa e i relativi Piani Attuativi Regionali; in particolare, le DGR n° 2066 del 27 giugno 2006 e n° 600 del 13 marzo 2007 a seguito del Piano Nazionale 2006-2008, la DGR n° 863 del 21 giugno 2011 a seguito del Piano Nazionale 2010-2012.

La Regione Veneto, con la DGR n° 600 del 13 marzo 2007, ha strutturato un programma di governo delle liste di attesa dettagliato ed operativo, volto a favorire una corretta applicazione a livello di ogni singola

Azienda di tutte le azioni, tra le quali la stesura dei Piani Attuativi Aziendali, articolate sui tre distinti fronti: informazione/comunicazione, domanda e offerta di prestazioni.

In applicazione alla suddetta DGR n° 600/07, con nota regionale Prot. n° 367920 del 28 giugno 2007 sono state normate nel dettaglio, tra l'altro, le modalità operative di gestione delle mancate disdette, fatte salve eventuali dimostrate cause di forza maggiore.

Inoltre, con nota regionale applicativa Prot. n° 453219 del 10 agosto 2007 è stata prevista l'istituzione, a livello di ciascuna Azienda ULSS, di un "Tavolo di monitoraggio per l'attuazione della DGR n° 600/07", la cui composizione è la seguente: Rappresentanti della Medicina Generale, della Medicina Specialistica (Ospedalieri e SAI), delle Associazioni dei consumatori e degli utenti e della Direzione Sanitaria Aziendale, con il compito di monitorare tutte le azioni poste in essere per il governo delle liste di attesa.

In relazione all'appropriatezza prescrittiva correlata con le classi di priorità e alle strategie che ne favoriscono l'effettiva applicazione pratica, in Regione Veneto si è provveduto negli ultimi anni a raccogliere e unificare le specifiche cliniche elaborate dalle diverse Aziende ULSS, rivisitandole di volta in volta con clinici specialisti esperti della materia nell'ambito di gruppi di lavoro regionali. Ne sono derivate, fino ad ora, tre Deliberazioni della Giunta Regionale, la DGR n° 2611 del 7 agosto 2007 (specifiche cliniche di prioritizzazione di alcune visite specialistiche ed esami strumentali correlati) e la DGR n° 993 del 5 giugno 2011 (specifiche cliniche di prioritizzazione delle principali e più critiche prestazioni di radiodiagnostica) e la DGR n. 2854 del 28.12.2012 (specifiche cliniche di prioritizzazione di alcune prestazioni di gastroenterologia).

Come già citato precedentemente, l'effettuazione della Libera professione intramoenia dedicata all'abbattimento delle liste di attesa, soprattutto in alcune realtà locali, rappresenta uno strumento molto utile ed efficace per contrastare i tempi di attesa più critici. La stessa deve però essere adeguatamente regolamentata. A tale proposito la DGR n° 2358 del 29 dicembre 2011, relativa alle disposizioni in materia di personale per l'anno 2012, cita anche l'attività libero professionale intramoenia con le relative disposizioni da rispettare.

Nell'ambito delle strategie di contenimento dei tempi di attesa, come già sopra citato, la DGR n° 1765 del 28 agosto 2012, relativa allo schema tipo di accordo contrattuale regolante i rapporti tra gli erogatori e le Aziende ULSS, esplicita gli obblighi dell'erogatore privato accreditato, tra cui quello di mettere a disposizione le agende delle prestazioni contrattate all'interno del CUP dell'Azienda ULSS di riferimento territoriale.

Con DGR n° 3911 del 4 dicembre 2007 è stata istituita una figura di importanza strategica nel governo delle liste di attesa: il CUP Manager.

Con la successiva DGR n° 212 del 3 febbraio 2010 tale figura ha assunto una denominazione più attinente ai principali compiti che le sono stati attribuiti, ovvero "Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali", il quale deve in particolare verificare e controllare le modalità operative di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali, svolgendo un monitoraggio continuo degli effettivi tempi di attesa.

Successivamente in Regione Veneto il recepimento del Piano Nazionale di governo delle Liste di attesa per il triennio 2010-2012 è avvenuto con DGR n° 863 del 21 giugno 2011; la stessa ha mantenuto la distinzione dei momenti chiave nella gestione delle liste di attesa analoga a quella presente nella DGR n° 600/07: 1) informazione e comunicazione; 2) domanda; 3) offerta.

La sopracitata deliberazione ribadisce l'importanza dell'obiettivo dell'integrazione pubblico-privato accreditato a livello di offerta (CUP), come già stabilito con DGR n. 2604/2008 e DGR n° 3097/2008 e ribadito nei successivi provvedimenti annuali di determinazione dei tetti di spesa, di cui alle DGR n° 310 e n. 311 del 15 marzo 2011, DGR n. 832 del 15.2012 e da ultimo la DGR n. 2621 del 18.12.2012.

Per il raggiungimento di tale obiettivo con DGR n. 2604/2008 e DGR n. 3097/2008 si è altresì conferito mandato alla struttura regionale competente di individuare le modalità tecniche/informatiche di inserimento ed integrazione degli erogatori privati ed equiparati nei sistemi CUP.

Con DGR n° 3140 del 14 dicembre 2010, successivamente integrata con DGR n° 2369 del 29 dicembre 2011, la Giunta Regionale ha provveduto a determinare gli obiettivi per gli anni 2011 e primo semestre 2012 per le Aziende ULSS, Ospedaliere e IOV della Regione Veneto. Con tali provvedimenti sono state definite le soglie standard espresse in percentuali di prestazioni ambulatoriali da erogarsi entro i tempi di attesa stabiliti per ciascuna classe di priorità. E' inoltre stato definito il numero ottimale di prestazioni per abitante per ciascuna realtà Aziendale territoriale (n° 4 prestazioni/abitante/anno con esclusione delle prestazioni di laboratorio).

Tra gli altri obiettivi fissati dai sopracitati provvedimenti si rammenta che:

- a) sussiste l'obbligo di adozione del registro informatizzato dei ricoveri e delle liste chirurgiche, a garanzia di trasparenza informativa della filiera che inizia con il primo contatto dell'utente con la struttura e termina con la dimissione;
- b) limitatamente alle Aziende Ospedaliere e IOV, vi è la necessità che l'offerta di prestazioni debba necessariamente concorrere al rispetto dei tempi di attesa degli assistiti delle Aziende ULSS nel cui territorio insistono per le prestazioni di base;
- c) l'offerta di queste Aziende per le prestazioni di media e alta complessità concorre, oltre che per gli assistiti dell'Azienda territoriale di riferimento, anche per gli assistiti delle Aziende ULSS provinciali o della Regione.

Si rammenta inoltre che la Legge n. 724 del 23 dicembre 1994 all'Articolo 3, comma 8 cita: ..."Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, le Unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri...".

Pertanto, viste le premesse sopracitate, la Segreteria per la Sanità della Regione Veneto ha ritenuto di importanza fondamentale rinforzare i punti principali, evidenziati nella normativa nazionale e regionale che si è succeduta nel tempo, in merito alle regole e modalità operative di governo delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero. Ne è derivato un documento tecnico (**Allegato A**), di cui si propone l'approvazione, che costituisce parte integrante della presente deliberazione.

Le specifiche tecniche presenti nell'**Allegato A** vanno ad integrare quelle presenti nei documenti tecnici allegati ai precedenti provvedimenti in merito.

Si propone di incaricare il Dirigente del Servizio Assistenza Ambulatoriale di emanare, in caso di necessità, nell'ambito dei principi stabiliti dal presente provvedimento, le disposizioni operative di dettaglio.

Il Relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente Provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° comma dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTA la Legge n° 833 del 23 dicembre 1978;
VISTA la Legge n° 724 del 23 dicembre 1994;
VISTA la Legge n° 266 del 23 dicembre 2005;
VISTA la Legge n° 120 del 3 agosto 2007;
VISTO il D.Lvo n° 502 del 30 dicembre 1992;
VISTO il D.Lvo n° 517 del 7 dicembre 1993;
VISTO il D.Lvo n° 124 del 29 aprile 1998;
VISTO il D.Lvo n° 229 del 19 giugno 1999;
VISTO il DPR del 23 luglio 1998;
VISTO il DPCM del 27 marzo 2000;
VISTO il DPCM del 29 novembre 2001;
VISTA la DGR n° 4119 del 19 luglio 1991;
VISTA la DGR n° 3683 del 13 ottobre 1998;
VISTA la DGR n° 3535 del 12 novembre 2004;
VISTA la DGR n° 2066 del 27 giugno 2006;
VISTA la DGR n° 600 del 13 marzo 2007;
VISTA la DGR n° 2611 del 7 agosto 2007;
VISTA la DGR n° 3911 del 4 dicembre 2007;
VISTA la DGR n° 2604 del 16 settembre 2008;
VISTA la DGR n° 3097 del 21 ottobre 2008;
VISTA la DGR n° 212 del 3 febbraio 2010;
VISTA la DGR n° 3140 del 14 dicembre 2010;
VISTA la DGR n° 3444 del 30 dicembre 2010;
VISTA la DGR n° 310 del 15 marzo 2011;
VISTA la DGR n° 311 del 15 marzo 2011;
VISTA la DGR n° 993 del 5 giugno 2011;
VISTA la DGR n° 859 del 21 giugno 2011;
VISTA la DGR n° 863 del 21 giugno 2011;
VISTA la DGR n° 2358 del 29 dicembre 2011;
VISTA la DGR n° 2369 del 29 dicembre 2011;
VISTA la DGR n° 1765 del 28 agosto 2012;
VISTA la DGR n. 2854 del 28 dicembre 2012
VISTA la DGR n. 18 del 9 gennaio 2013
VISTA la Nota Regionale Prot. n° 367920 del 28 giugno 2007;
VISTA la Nota Regionale Prot. n° 453219 del 10 agosto 2007.

DELIBERA

1. di prendere atto, secondo quanto in premessa esposto, della normativa nazionale e regionale che si è succeduta nel tempo in merito alle regole e modalità operative per il governo delle liste di attesa delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera vigenti e applicate nel territorio veneto;
2. di approvare il documento tecnico allegato al presente Provvedimento (**Allegato A**), che ne costituisce parte integrante;
3. di incaricare il Dirigente del Servizio Assistenza Ambulatoriale di emanare, in caso di necessità, nell'ambito dei principi stabiliti dal presente provvedimento, le disposizioni operative di dettaglio;
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

5. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia



Direttive Tecniche sul Governo delle Liste d'attesa

Il governo delle liste d'attesa è finalizzato a garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità e di trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Quale premessa alla revisione delle indicazioni già esistenti è necessario tenere conto:

- 1) dell'obiettivo regionale dell'ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante assegnato alle Aziende (tasso di ospedalizzazione pari a 140/mille abitanti; 4 prestazioni ambulatoriali pro capite-escluse le prestazioni di laboratorio);
- 2) della necessità di definire setting erogativi più appropriati sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico, al fine di ridurre le differenze del numero di prestazioni erogate per assistito per Azienda, con particolare riferimento alla diagnostica strumentale e per immagini, nel cui ambito va sollecitato l'utilizzo massimale delle apparecchiature presenti, al meglio delle 12 ore al giorno e fino alle ore 24.00, sia nei giorni feriali che festivi della settimana, per erogare le prestazioni nei tempi previsti dai medici prescriventi.
- 3) dell'obiettivo regionale di migliorare, in maniera omogenea in tutto il territorio regionale, il grado di offerta dei servizi, con particolare riferimento alle grandi apparecchiature, aumentandone la disponibilità in fasce orarie uniformi nelle diverse Aziende, anche al fine migliorarne l'accessibilità per i cittadini che, di norma, hanno difficoltà di accedervi nei comuni orari di servizio programmato.

1. PERCORSI ASSISTENZIALI

I percorsi assistenziali, riconosciuti come strumento fondamentale per il governo delle liste d'attesa, sono modelli organizzativi multidisciplinari ed interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in un particolare contesto locale; devono diventare lo strumento corrente di gestione del paziente cronico e complesso, in particolare per quelle patologie per le quali si registrano, all'interno di ogni singola Azienda, le maggiori criticità nell'accesso alle prestazioni.

I percorsi assistenziali, adottati con provvedimento formale, dovranno essere inseriti quale componente sostanziale nei Patti Aziendali con i Medici di Medicina Generale, la Continuità Assistenziale, i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali e negli accordi di Budget con le Unità Operative.

Nel quadro dei percorsi assistenziali devono essere previste le modalità di relazione fra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta e specialisti, con particolare riferimento alle forme di teleconsulto (telefonico/informatico).

Nell'ambito dei Percorsi assistenziali andrà posta particolare attenzione ai percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) oggetto di linee guida nazionali, indicazioni regionali o criticità aziendali.

2. DIREZIONE GENERALE

Il **Direttore Generale** ha la responsabilità della attuazione del Piano Aziendale delle Liste d'Attesa al fine di garantire il rispetto delle tempistiche, mediante le azioni descritte nel presente documento e di quelle connesse al raggiungimento degli obiettivi aziendali previsti dalla normativa regionale in tema di tempi di attesa. L'Atto Aziendale, da presentare in Regione nel corso del 2013, dovrà prevedere anche la descrizione del sistema di governo aziendale delle liste di attesa. Contestualmente all'invio dell'Atto Aziendale dovrà essere trasmesso anche il Piano Aziendale delle Liste di attesa aggiornato in base ai contenuti del presente provvedimento e relative eventuali disposizioni applicative.

Sono in capo al **Direttore Sanitario** le responsabilità:

- del coordinamento della redazione dei percorsi assistenziali aziendali e della loro implementazione;
- della verifica della appropriatezza prescrittiva e della corretta erogazione dei percorsi assistenziali presenti nella propria Azienda;
- della promozione delle iniziative di formazione volte a diffondere nell'azienda una adeguata cultura in tema di percorsi assistenziali;
- della diffusione e condivisione dei criteri di attribuzione delle classi di priorità;
- della attivazione e del mantenimento delle forme di teleconsulto.

Per queste attività il Direttore Sanitario si avvale del **Tavolo di Monitoraggio Aziendale**.

Tale organismo, presieduto dal Direttore Sanitario, è nominato dal Direttore Generale ed è composto da:

- Direttore Medico di Ospedale
- Coordinatore dei Direttori di Distretto
- Coordinatore dei Processi di Prenotazione delle prestazioni ambulatoriali
- Rappresentanti degli specialisti dipendenti, degli Specialisti Ambulatoriali Interni, dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera scelta
- Rappresentanti Associazioni degli utenti

Il Tavolo di Monitoraggio ha il compito di valutare i risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa, al rispetto della appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei suddetti percorsi assistenziali.

Ha il compito di proporre a livello aziendale le modalità di formazione/informazione da porre in essere da parte di tutti i soggetti prescriventi al fine di garantire, in ambito aziendale, una effettiva omogeneità prescrittiva.

Inoltre, propone i provvedimenti di tipo economico o amministrativo, quale la sospensione dell'utilizzo del ricettario, da applicare ai professionisti in caso sia di mancata adesione ai percorsi assistenziali che della ripetuta prescrizione e/o erogazione di prestazioni non appropriate.

3. CORRETTEZZA PRESCRITTIVA: OBBLIGO DI INDICAZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ E DEL QUESITO DIAGNOSTICO.

Il medico prescrivente ha l'**obbligo** di attribuire la classe di priorità (B-D-P) e di indicare il quesito diagnostico nella **prescrizione di tutte le prime visite/prime prestazioni**.

Le visite e le prestazioni diagnostico-strumentali di controllo, follow up e di approfondimento devono contenere, con particolare riferimento ai controlli al di fuori della normale presa in carico (es. casi di riacutizzazione), il quesito diagnostico ed il tempo d'attesa proposto dal prescrivente in relazione al bisogno di salute del paziente.

L'obbligo dell'adozione dei percorsi assistenziali e del rispetto delle regole della prioritizzazione dovrà essere inserito negli obiettivi dei Patti Aziendali, negli accordi di budget con le Unità Operative, negli accordi contrattuali con le strutture accreditate e nelle altre tipologie di contratto eventualmente stipulate dall'Azienda.

4. OBBLIGHI RISPETTO ALLA PRENOTAZIONE

Le Aziende ULSS hanno l'obbligo di garantire ai propri residenti/assistiti le prestazioni secondo tempi previsti dal medico prescrivente, riservandosi comunque di verificarne l'appropriatezza. Per i non residenti viene garantita l'esecuzione della prestazione prescritta senza tuttavia la garanzia della tempistica che deve rimanere in carico alla Azienda di residenza.

La prenotazione di prime visite/prestazioni deve essere effettuata in base alla classe di priorità indicata nella prescrizione.

La prenotazione di visite e prestazioni di controllo deve essere obbligatoriamente programmata al momento della conclusione della visita/prestazione da parte dello specialista che attiva la presa in carico del paziente secondo la organizzazione aziendale. La relativa prescrizione deve essere effettuata dallo stesso specialista se autorizzato all'uso del ricettario o, quando non autorizzato, demandata al MMG/PLS del paziente.

Deve essere prevista, nell'ambito dell'organizzazione aziendale, la possibilità anche per i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, di accedere alla prenotazione delle visite/prestazioni di controllo per i propri assistiti, anche nell'ambito delle Medicine di Gruppo e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, mediante sistema informatizzato di prenotazione collegato al CUP Aziendale.

Questo sistema di gestione delle prestazioni di controllo va adottato da tutti gli erogatori e rientra nella logica della **presa in carico del paziente**, che viene così esonerato dall'effettuare di persona la prenotazione delle diverse prestazioni, attività demandata in toto all'organizzazione aziendale.

Le Aziende dovranno farsi carico di garantire la prenotazione e la conseguente tempestiva erogazione anche ai **controlli imprevisti dovuti a riacutizzazione** di patologie croniche. La prenotazione andrà effettuata nel rispetto della tempistica prevista in ricetta dal medico prescrivente e dal punto di vista amministrativo tali visite e/o prestazioni verranno considerate di controllo.

L'ULSS di residenza/assistenza deve garantire nei tempi previsti la prenotazione e l'erogazione di visite/prestazioni di controllo di specialità presenti nel proprio territorio anche quando prescritte dagli specialisti in servizio presso strutture ad ampio bacino di utenza che necessitano di tali indagini per gli approfondimenti del caso.

5. REGISTRO RICOVERI OSPEDALIERI

Come per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale, vi è obbligo di tenuta delle liste di prenotazione anche per i ricoveri ospedalieri; in particolare alle aziende è stato assegnato l'obiettivo di informatizzare il registro dei ricoveri chirurgici e quello delle liste operatorie, a garanzia di trasparenza informativa della filiera che inizia con il primo contatto dell'utente con la struttura e termina con la dimissione.

I tempi d'attesa massimi per gli interventi chirurgici sono quelli previsti dalle classi di priorità dei ricoveri, A (30 giorni), B (60 giorni), C (180 giorni), D (360 giorni), anche per quelli transitati al regime ambulatoriale. In particolare i tempi d'attesa per i ricoveri finalizzati al trattamento delle neoplasie maligne non devono superare il tempo massimo di 30 giorni (classe A), dal momento dell'avvio del paziente, non appena venga posta una indicazione clinica sufficiente, allo specifico percorso assistenziale.

In caso di sospetto clinico suggestivo per neoplasia maligna, il primo accesso per visita deve essere assicurato entro 10 giorni dalla richiesta (classe B della ricetta), per ridurre al minimo il tempo d'attesa intercorrente tra l'individuazione del bisogno di salute e la presa in carico da parte del SSR.

6. OBBLIGHI RISPETTO ALLA EROGAZIONE

Il rispetto del tempo d'attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie deve essere comunque garantito e le Aziende ULSS, al fine di assicurare i tempi di erogazione previsti per le diverse classi di priorità, devono adottare modalità operative di gestione della domanda e dell'offerta quali:

1. gestione delle agende con l'adozione di un sistema di recall, di pre-appuntamento, con recupero degli eventuali spazi residui disponibili. Tali modalità sono finalizzate ad ottimizzare la capacità del sistema di garantire un'offerta entro i tempi previsti. E' indispensabile che la gestione delle agende avvenga in modo "flessibile" a cura del "*Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali*", monitorando tempestivamente la variazione del rapporto domanda/offerta.

2. ricorso agli istituti contrattuali più opportuni tra quelli già previsti per l'incremento dell'offerta come l'acquisto di prestazioni da personale dipendente da erogare in regime libero professionale in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza dell'8 giugno 2000 e mediante prestazioni aggiuntive ex Legge n° 1 dell'8 gennaio 2002 anche ai fini di ampliare l'orario di attività dei **servizi ambulatoriali e radiologici nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali 20-24**. Inoltre, l'Azienda può acquistare pacchetti di attività da medici specialisti ambulatoriali interni, da erogatori privati accreditati anche extrabudget secondo le modalità previste dalla vigente normativa.
3. adozione di modalità organizzative volte ad ampliare la **disponibilità di prestazione anche nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali 20-24**, attivando prioritariamente gli orari serali 20-24 delle giornate di lunedì e mercoledì, ai fini di aumentare, in maniera omogenea nel territorio veneto, la disponibilità dei servizi ambulatoriali e radiologici con particolare riferimento alle grandi apparecchiature e alle prestazioni traccianti con problemi di tempi di attesa.
4. riorganizzazione logistica della distribuzione, nell'Azienda, delle grandi apparecchiature.
5. per le prestazioni che richiedano attrezzature di particolare complessità tecnologica, dovrà essere prestata particolare attenzione ai livelli di libera professione intramoenia. È facoltà del Direttore Generale ridurre o sospendere l'attività in regime di libera professione intramoenia anche a scopo di convogliare risorse, spazi ed attrezzature verso l'attività istituzionale ai fini di mantenere il rispetto dei tempi di attesa.
6. esternalizzazione di alcuni servizi ambulatoriali.

7. REGOLAMENTAZIONE DELLE PRENOTAZIONI

Per tutti gli erogatori viene ribadito il **divieto di sospensione delle prenotazioni delle prestazioni** (chiusura delle agende).

Al fine di facilitare la gestione del percorso di prenotazione, le Aziende dovranno prevedere:

- a) sistemi di intercettazione delle prenotazioni con **tempi di attesa superiori** a quanto prescritto, per tipologia di prestazione e punto di erogazione (compreso i controlli imprevisti per riacutizzazione o richiesti da fuori ULSS in ambito di area vasta).
- b) modalità operative che, nel caso di prenotazione di prestazioni diagnostiche relative a patologie per le quali sono attivati **percorsi di screening**, intercettino il caso, al fine di evitare ripetizioni di esami e liberare posti utili per altri pazienti.
- c) rilevazione della **mancata disdetta** per adempiere all'obbligo del recupero della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, da applicare anche agli esenti.
- d) rilevazione della **mancata presentazione** ad accesso facente parte di un piano di trattamento (in particolare seduta odontoiatrica) al fine di riassegnare i posti in agenda già riservati allo stesso paziente non presentatosi, trascorse 48 ore dalla mancata presentazione senza valida giustificazione.

8. INTEGRAZIONE DEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE PUBBLICO-PRIVATO

Gli erogatori privati accreditati hanno l'obbligo di gestire unicamente attraverso il CUP dell'Azienda ULSS le agende delle prestazioni oggetto di contratto. L'Azienda Sanitaria deve garantire la comunicazione in tempo reale di eventuali disdette e/o spostamenti con un preavviso tale da evitare disagio all'utenza e da assicurare, in ogni caso, la continuità assistenziale e il pieno utilizzo dei posti che si liberano.

9. INTEGRAZIONE AZIENDE ULSS E AZIENDE OSPEDALIERE/ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO (IOV)

Il Piano Attuativo Aziendale di governo delle liste di attesa delle Aziende Ospedaliere e dello IOV dovrà contenere la descrizione della propria offerta "*di base*" (numero di visite/prestazioni per tipologia e priorità)

concordata con la ULSS del territorio di riferimento e la descrizione della propria offerta “*ad ampio bacino di utenza*” (numero di visite/prestazioni tipologia per priorità).

10. CUP AZIENDALE E SOVRAZIENDALE

Ogni Azienda ULSS nei propri Piani Attuativi di Governo dei tempi di attesa deve individuare:

- a) *le prestazioni* da garantire necessariamente ai propri assistiti nei tempi previsti direttamente a mezzo delle proprie strutture erogatrici e, previo accordi scritti, mediante le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate presenti nel proprio territorio.
- b) *le prestazioni ad ampio bacino di utenza* (elevata specialità/rarità specialisti) da assicurare nei tempi d’attesa previsti con l’obbligo di garanzia agli assistiti di un ambito territoriale più vasto (provinciale e/o secondo specifici accordi scritti tra aziende sanitarie).

Deve essere condivisa tra i Direttori Generali l’organizzazione messa in atto tra Azienda ULSS dell’assistito e Azienda erogante per garantire la prenotazione delle prestazioni “ad ampio bacino d’utenza”.

11. COORDINATORE DEI PROCESSI DI PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

E’ obbligatorio per le Aziende effettuare la nomina del “Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali” (di seguito chiamato per semplicità “*Responsabile CUP*”) che si colloca necessariamente **in Staff al Direttore Sanitario**. Questa figura viene riconosciuta fondamentale per tenere monitorato in modo ottimale il sistema della domanda e della offerta che, per questo, deve essere necessariamente gestito mediante agende CUP informatizzate.

In particolare, a parziale integrazione delle attività e competenze già previste dalla normativa regionale vigente per questa, figura si attribuiscono al Responsabile CUP anche le seguenti responsabilità:

1. Responsabilità del Monitoraggio

- a) delle prestazioni offerte dall’Azienda rispetto alla domanda, e delle prestazioni ad ampio bacino di utenza quando presenti nel proprio CUP.
- b) delle anomalie prescrittive (es. assenza biffatura in prime visite/prestazioni) e dei casi critici (es. controlli per riacutizzazioni o richiesti da specialista di altra ULSS per specialità presente in Azienda).
- c) dello scostamento dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti, di quelle di particolare significato epidemiologico (es. particolari PDT).

2. Responsabilità della Gestione delle Agende ai fini di garantire in particolare:

- a) la tempestiva pulizia delle stesse in modo da utilizzare pienamente i posti che si liberano per disdetta.
- b) il tempestivo aggiornamento delle agende conseguente a variazioni di domanda/offerta in modo da consentire il pieno utilizzo del tempo messo a disposizione dai professionisti.
- c) la modulazione dell’offerta, in sinergia con i Responsabili delle strutture erogatrici e secondo indicazioni della Direzione Sanitaria.

12. ATTIVITA’ DI VERIFICA E CONTROLLO

Il monitoraggio di quanto stabilito nel presente provvedimento richiede un sistema di controllo così articolato:

1. **Livello regionale:** garantito dal Centro Regionale Controlli Sanitari Appropriatelyzza e Liste d’attesa, organismo con funzioni di controllo e supervisione che afferisce alla Segreteria per la

Sanità che può essere attivato anche direttamente dal Presidente della Regione Veneto per verifica di particolari situazioni. In particolare questo Centro, ad integrazione delle competenze già previste dalla vigente normativa, ha il compito di:

- monitorare l'applicazione delle indicazioni del presente provvedimento, intervenendo anche su segnalazioni di particolare criticità.
- verificare l'utilizzo delle grandi apparecchiature (TAC, RMN, PET) e altre apparecchiature a valenza strategica (es. diagnostica mammografica e altre diagnostiche per immagini), segnalando le situazioni in cui l'organizzazione non è risultata efficiente, sulla scorta di analisi di attività erogata per tipologia e numero di apparecchiature.

2. **Livello aziendale** mediante diversi attori con i seguenti compiti:

- Responsabile del CUP per il monitoraggio di cui al punto 11.1.
- Nucleo di Controllo Aziendale, eventualmente integrati da specialisti aziendali, per operazioni di verifica di appropriatezza prescrittiva, corretta erogazione dei Percorsi Assistenziali con particolare riferimento ai Percorsi Diagnostico Terapeutici previsti dalla normativa nazionale e regionale.
- Tavolo di Monitoraggio Aziendale per la valutazione dei risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa, al rispetto della appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei suddetti Percorsi Assistenziali.