

**Premesso** che:

- in data 28 marzo 2006 tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n.131, è stata siglata l'intesa inerente il "*Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per triennio 2006-2008*";
- tale atto d'intesa stabilisce che le Regioni e le Province autonome, ai fini del contenimento dei tempi di attesa, adottino un proprio Piano, anche ad integrazione ed aggiornamento dei provvedimenti regionali attuativi dell'art. 3 decreto legislativo 29 aprile 1998, n.124, dell'accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, nonché del Decreto del Presidente del Consiglio, 16 aprile 2002;
- il documento recante il piano adottato a livello regionale deve essere trasmesso, come disposto dalla precitata Intesa 28 marzo 2006, al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ai fini della "*predisposizione di una linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, che tiene conto di quanto il piano regionale è coerente con il Piano nazionale sulla base delle linee guida del Comitato (...)*";
- con DGR n. 1509 del 30 giugno 2006 è stato approvato il "*Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 - ...*";
- con nota n.28107/dgprog/21/P.1° del 22 dicembre 2006 il Ministero della salute ha trasmesso alle regioni il documento "*Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, sui tempi di attesa*", adottato, nella seduta del 15 dicembre 2006, dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sopraccitato;
- a seguito di tale documento è stato necessario modificare la citata DGR n.1509/2006, tenuto conto delle indicazioni fornite nel documento-guida medesimo, con successiva DGR n. 288 del 16 febbraio 2007 recante "*Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 adeguamento alla linea guida del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.*";
- con legge regionale 26 marzo 2009, n.7 sono state disciplinate le "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del SSR";
- in conformità alle disposizioni della legge regionale 23 luglio 2009, n.12, dall'1 gennaio 2010 tutte le funzioni e i compiti prima attribuiti all'Agenzia regionale della Sanità sono state assunte dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali;
- con DGR n. 2016 del 9 settembre 2009 sono stati approvati i Piani di Area Vasta 2009 e con la medesima sono stati individuati i relativi obiettivi per i Direttori generali del SSR;
- in attuazione della citata LR n. 7/2009, con DGR n.2643 del 26 novembre 2009 recante "*Approvazione delle linee annuali per la gestione del SSR nel 2010*", sono state fornite, fra l'altro, precise indicazioni per il contenimento dei tempi di attesa;
- in data 28 ottobre 2010 tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n.131, è stata siglata l'Intesa inerente il "*Piano nazionale di governo delle liste di attesa per triennio 2010-2012*", di cui all'art.1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n.266;
- in G.U. 23.11.2010, n.247, suppl. ordinario, è stato pubblicato il "*Piano nazionale di governo delle Liste di attesa per il triennio 2010-2012*";
- con nota ministeriale DGPROG n.0042754-P- del 30.12.2010 sono state trasmesse le "*Linee guida sulla modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa, come da Accordo Stato-Regioni 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo dei tempi d'attesa (PNGLA 2010-2012)*";
- con le successive note ministeriali DGPROG n. 0010134-P-25/03/2011 e DGPROG n 0014288-P-28/04/2011 sono stati comunicati gli "*Aggiornamenti delle linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi di attesa, di cui al punto 9 dell'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA 2010-2012*";

**Ritenuto**, pertanto, di approvare il documento "Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012", predisposto dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali che aggiorna i contenuti della citata DGR 288/2007 sulla base

delle disposizioni previste dalla sopracitata L.R. n. 7/2009 e recepisce quanto indicato nel Piano nazionale di governo delle Liste di attesa per il triennio 2010-2012 e costituisce parte integrante del presente provvedimento;

**Atteso** che il documento in parola, in attuazione della normativa soprarichiamata in particolare, definisce:

- a) l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali sono fissati i tempi massimi di attesa con l'indicazione dei relativi tempi massimi previsti;
- b) i livelli di responsabilità individuati nell'ambito dei diversi processi;
- c) le misure alternative da adottare da parte delle Aziende sanitarie in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa previsti
- d) le azioni da realizzare sul fronte della domanda e sul fronte dell'offerta;
- e) le procedure di monitoraggio delle liste di attesa, finalizzate a verificare nel corso del tempo il rispetto dei parametri previsti e l'identificazione di eventuali punti critici;
- f) gli strumenti destinati a garantire l'informazione e la comunicazione ai cittadini sulle liste di attesa, sul sistema complessivo dell'offerta e sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- g) i compiti ed i ruoli della Direzione centrale salute integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS;

**Dato atto** che il documento è stato predisposto d'intesa tra le Aree Pianificazione, programmazione attuativa e controllo di gestione e dei Servizi territoriali e ospedalieri della Direzione centrale Salute integrazione socio-sanitaria e politiche sociali;

**Su proposta** dell'Assessore regionale alla salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali  
**La Giunta regionale** all'unanimità

#### **Delibera**

1. di approvare, per quanto esposto in premessa e coerentemente con gli atti di programmazione regionale adottati ed ai contenuti del Piano nazionale di contenimento delle liste d'attesa, il Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012, allegato n.1 al presente provvedimento, del quale costituisce parte integrante.

2. di incaricare la Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, in attuazione dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 28 ottobre 2010, di trasmettere il Piano regionale, di cui al punto sub 1), al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art.9, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

# **Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 – approvazione**

PREMESSA.....	3
CONTENUTI ED AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PIANO .....	3
RICOGNIZIONE DEI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	5
PARTE I.....	8
ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI .....	8
1. Categorie di prestazioni per le quali sono definiti i tempi massimi .....	8
2. Criteri di priorità e modalità di accesso .....	10
3. Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio .....	15
PARTE II.....	20
I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ.....	20
4. Piano annuale di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa.....	20
5. Contenuti obbligatori del Piano di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa.....	21
6. Responsabilità dei Direttori generali .....	22
PARTE III.....	24
MISURE ALTERNATIVE DA ADOTTARE IN CASO DI MANCATO RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI.....	24
7. Mancato rispetto dei tempi di attesa .....	24
8. Attivazione forme di rimborso e di esecuzione alternativa per i cittadini in caso di superamento dei tempi.....	25
PARTE IV .....	28
LE AZIONI SUL FRONTE DELLA DOMANDA.....	28
9. Medici prescrittori.....	28
10. Semplificazione delle prescrizioni specialistiche .....	28
11. Semplificazione procedure per il rilascio di certificati medici .....	29
12. Revisione periodica delle attività prescrittive .....	30
PARTE V .....	31
LE AZIONI SUL FRONTE DELL’OFFERTA .....	31
13. Libera professione.....	31
14. Razionalizzazione delle modalità di erogazione dell’offerta.....	31

15. Efficiente utilizzo delle apparecchiature esistenti .....	32
PARTE VI .....	33
INFORMATIZZAZIONE E MESSA IN RETE DEL SSR PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA .....	33
16. Gestione delle agende di prenotazione .....	33
17. Sospensione di agende e di attività .....	34
18. Allineamento della gestione delle procedure di identificazione / prenotazione / gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale.....	35
19. Prescrizione elettronica e prenotazione on-line .....	36
PARTE VII.....	38
MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA .....	38
20. Monitoraggio dei tempi di attesa .....	38
21. Monitoraggio dei ricoveri .....	39
PARTE VIII.....	40
RAPPORTI CON I CITTADINI .....	40
22. Informazione ai cittadini.....	40
23. Responsabilità dei cittadini .....	40
PARTE IX.....	42
CLAUSOLA VALUTATIVA .....	42
24. Clausola valutativa.....	42
ALLEGATI .....	43
ALLEGATO N°1 .....	43
Modulo di segnalazione di chiusura agende .....	43

# PREMESSA

## CONTENUTI ED AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PIANO

Il presente Piano di contenimento dei tempi di attesa 2010-12, aggiorna i contenuti della DGR 288 dd. 16.2.2007 sulla base delle disposizioni contenute nella Legge Regionale n.7 dd. 26.3.2009 recante “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio sanitario regionale” ed in recepimento del Piano nazionale di governo delle Liste di attesa per il triennio 2010 – 12, pubblicato in G.U. 23/11/2010 n. 247, suppl. ordinario.

In esso confluiscono e trovano coerenza gli atti ed i provvedimenti assunti a livello nazionale e regionale in materia di liste di attesa allo scopo di:

- realizzare sinergie di intervento tra tutte le istituzioni deputate a contrastare il fenomeno;
- condividere percorsi in grado di agire sia sul lato della domanda che su quello dell’offerta delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera rese;
- incidere sul fronte della loro produzione, accesso ed appropriatezza;
- garantire la trasparenza del sistema di erogazione a tutti i livelli;
- estendere la valutazione anche al tempo di refertazione delle visite e delle prestazioni erogate.

Pertanto il Piano, che è riferito al periodo temporale 2010-2012, individua le azioni da realizzare a fronte degli obiettivi posti per il governo delle liste di attesa dalle norme e dagli atti programmatori vigenti a livello nazionale e regionale e più in particolare definisce:

- a) l’elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali sono fissati i tempi massimi di attesa con l’indicazione dei relativi tempi massimi previsti;
- b) i livelli di responsabilità individuati nell’ambito dei diversi processi;
- c) le misure alternative da adottare da parte delle Aziende sanitarie in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa previsti
- d) le azioni da realizzare sul fronte della domanda e sul fronte dell’offerta;
- e) le procedure di monitoraggio delle liste di attesa, finalizzate a verificare nel corso del tempo il rispetto dei parametri previsti e l’identificazione di eventuali punti critici;
- f) gli strumenti destinati a garantire l’informazione e la comunicazione ai cittadini sulle liste di attesa, sul sistema complessivo dell’offerta e sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;

- g) i compiti ed i ruoli della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali in conformità alle disposizioni della Legge Regionale 23 luglio 2009, n. 12 (che, dall'1.1.2010 ha assunto le funzioni e i compiti prima attribuiti all'Agenzia regionale della sanità, delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS).

Le disposizioni contenute si applicano a tutte le Aziende del SSR e agli erogatori privati convenzionati per quanto di competenza.

## **RICOGNIZIONE DEI RIFERIMENTI NORMATIVI**

### **Riferimenti Internazionali**

- Dichiarazione di Adelaide 1988.
- Dichiarazione di Sundsvall 1991.
- Dichiarazione di Jakarta 1997.
- Carta di Tallin 2008.

### **Riferimenti Nazionali**

Si riassumono di seguito i principali riferimenti normativi nazionali in materia di tempi d'attesa:

- L. 407/90 articolo 5, comma 8;
- L. 412/91 articolo 4, comma 18;
- D.Lgs. n.124 del 29/4/98, Articolo 3, comma 10.
- D.P.R. 23 luglio 1998 - Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000.
- D.Lgs. n.229 del 19/6/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
- D.P.C.M. 27/3/00 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale".
- Accordo Stato Regioni 14/02/2002 n. 724 "Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa".
- D.P.C.M. 16/04/2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa".
- Accordo Stato Regioni 11/07/2002 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa".
- Legge n. 289 del 27/12/2002 - Legge Finanziaria 2003.
- D.P.R. 23/05/2003 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005".
- Progetto Mattone "Tempi di attesa" Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili.

- Accordo Stato Regioni 24/07/2003 “Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano sanitario 2003-2005”.
- Intesa Stato Regioni 28/03/2006 “Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008”.
- D.P.R. 7 aprile 2006 Approvazione del “Piano sanitario nazionale 2006-2008”;
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante “Sistema CUP - Linee guida nazionali.
- DECRETO 8 luglio 2010 , n. 135 “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380. (10G0153)”
- Accordo Stato Regioni 28 ottobre 2010 “Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (PNGLA)”.

### **Riferimenti Regionali**

Sono riportati di seguito i principali riferimenti emanati dalla Regione, le indicazioni esplicitate annualmente nelle Linee sono state successivamente declinate dalle aziende sanitarie regionali nei propri Piani Annuali (validati complessivamente anno per anno dalla Regione con delibera apposita – Preventivo annuale).

- DGR 3209 dd. 4-11-98 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 1999”.
- DGR 3912 dd. 17-12-99 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2000”.
- DGR 3479 dd. 10-11-00 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2001”.
- DGR 4462 dd. 20-12-2001 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2002”.
- DGR 4502 dd. 30-12-2002 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2003”.
- DGR 3529 dd 14.11.2003 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2004”.
- DGR 3234 dd 29.11.2004 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2005”.
- DGR 3223 dd 12.12.2005 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2006”.
- DGR 1509 dd. 30.6.2006 “Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008”.
- DGR 2843 dd. 24.11.2006 “Piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008”.

- DGR 3163 dd. 22.12.2006 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2007”.
- DGR 288 dd. 16.2.2007 “Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008”.
- DGR 3009 dd. 30.11.2007 “Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2008”.
- DGR 2364 dd. 13-11-2008 “Linee per la gestione 2009”.
- Legge Regionale 26 marzo 2009, n.7 “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi d’attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale”.
- DGR 2643 dd. 26.11.2009 “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010”.
- DGR 465 dd. 11.3.2010 “Piano sanitario e sociosanitario regionale PSSR 2010 – 2012”.
- DGR 2384 dd. 25-11-2010 “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2011: approvazione definitiva”.

# PARTE I

## ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI

### 1. Categorie di prestazioni per le quali sono definiti i tempi massimi

Sono definiti i tempi massimi per le prestazioni afferenti all'attività ambulatoriale, all'attività di ricovero, ai percorsi diagnostico-terapeutici ed ai referti. Per ciascuna categoria, di seguito, si specifica quanto segue.

#### Attività ambulatoriale

Le prestazioni ambulatoriali per le quali sono definiti i tempi massimi sono quelle considerate di primo accesso. Pertanto rimangono escluse dal monitoraggio:

- le prestazioni urgenti: per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza nell'arco della giornata di presentazione del paziente o in un periodo immediatamente successivo (24 ore);
- le visite e/o prestazioni di controllo: intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente o comunque effettuati nella stessa Area Vasta e nella stessa disciplina entro 6 mesi dalla visita precedente sia essa richiesta come prima visita o come visita di controllo;
- le prestazioni in pre / post ricovero;
- le prestazioni erogate all'interno di specifici percorsi diagnostico terapeutici (PDT) o nell'ambito del percorso nascita (ecografia ostetrico-ginecologica), che rendono necessario individuare specifici tempi massimi di attesa per le diverse fasi dei percorsi stessi;
- le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, inserite in programmi di screening;
- le prestazioni svolte in libera-professione intramuraria.

Per le prestazioni ambulatoriali, ai fini del monitoraggio, vengono considerati tempo d'attesa, quelli di seguito indicati:

- il tempo che trascorre tra la prenotazione e la data fissata per l'appuntamento;
- il tempo che trascorre tra la prenotazione e l'effettiva erogazione della prestazione;
- il tempo che trascorre tra l'esecuzione dell'esame e la messa a disposizione del referto;

### **Attività di ricovero**

Le prestazioni di ricovero per le quali sono definiti i tempi massimi riguardano esclusivamente i ricoveri programmati. Pertanto rimangono esclusi dal monitoraggio:

- i ricoveri urgenti
- i ricoveri la cui l'accettazione è stata ritardata su richiesta dell'interessato, per esigenze esterne all'ambito cliniche o non di competenza delle Aziende.

Per le prestazioni di ricovero, ai fini del monitoraggio, viene considerato tempo d'attesa il tempo che trascorre tra la data di messa in lista d'attesa e la data dell'intervento (vedi tabella n°6 e 7).

### **Percorsi diagnostico-terapeutici (PDT)**

Per Percorso Diagnostico Terapeutico si intende una sequenza (cronologica e clinica) ottimale di interventi per realizzare diagnosi, trattamenti o riabilitazione, ottimizzando i tempi, massimizzando la qualità e minimizzandone i costi.

Nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici, viene considerato tempo d'attesa il tempo che trascorre tra l'indicazione ad un esame e/o di un intervento terapeutico e l'effettuazione dell'intervento previsto all'interno di un "pacchetto di cura".

In caso di percorsi che coinvolgano più Aziende, le responsabilità sono attribuite sulla base all'appartenenza istituzionale degli erogatori coinvolti.

### **Referti**

Per tempo massimo di referto si intende il tempo che trascorre tra la data di esecuzione di una prestazione e la data in cui è reso disponibile il relativo referto.

In linea generale nel caso di visite o esami semplici il referto deve essere consegnato a conclusione della prestazione all'utente che abbia già assolto gli eventuali obblighi di compartecipazione alla spesa (ticket).

## 2. Criteri di priorità e modalità di accesso

### Attività ambulatoriale

Sono confermate, per le prestazioni ambulatoriali, le classi di priorità di seguito indicate, stabilite in conformità agli standards fissati dai Piani nazionali di governo delle Liste di attesa per il triennio 2006-2008 e 20010-2012.

<b>Priorità</b>	<b>Tempi (in giorni)</b>	<b>Valore soglia</b>
U (Urgente)	Da eseguire nel più breve tempo possibile, al massimo entro 24 ore.	Le Aziende sono tenute a evadere il 100% delle richieste entro i termini previsti
B (Breve)	Entro 10 giorni	Le Aziende sono tenute a evadere il 100% delle richieste entro i termini previsti
D (Differibile)	Entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Le Aziende sono tenute a evadere il 90% delle richieste entro i termini previsti
P (Programmata)	180 gg.	Le Aziende sono tenute a evadere il 90% delle richieste entro i termini previsti

Per tempi massimi della prestazione si intende il tempo che decorre tra la prenotazione (o la presentazione del paziente in una struttura sanitaria in caso di prestazioni urgenti) e l'erogazione di una prestazione sanitaria.

I tempi massimi per le prestazioni di primo accesso, definiti sulla base dei criteri di priorità validi in Regione o sviluppati a livello locale, sono:

- U – urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque entro 24 ore.

Modalità di accesso: l'utente accede alla prestazione previa prescrizione, secondo i percorsi definiti a livello aziendale. Il prescrittore deve sempre indicare nell'impegnativa il quesito o il sospetto diagnostico e biffare la casella "U" (o riportare l'equivalente dicitura "Urgente").

L'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità "U" è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (24 ore); scaduti tali termini il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

L'utente è tenuto pertanto a recarsi nel più breve tempo possibile nella struttura sanitaria per usufruire della prescrizione.

Il tempo d'attesa entro il quale deve essere evasa la richiesta, decorre dal momento in cui il paziente si presenta nella struttura sanitaria.

- B – breve, da eseguire entro 10 giorni.

Modalità di accesso: l'utente accede alla prestazione previa prescrizione. Il prescrittore deve sempre indicare nell'impegnativa il quesito o il sospetto diagnostico e biffare la casella "B".

L'utente in possesso di una prescrizione con codice di priorità "breve" è tenuto a rivolgersi ai servizi di prenotazione (CUP, Call Center, ecc..) nel più breve tempo possibile, per la fissare l'appuntamento in cui verrà erogata la prestazione.

L'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità "B" è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (10 giorni); scaduti tali termini il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

Il tempo d'attesa entro il quale deve essere evasa la richiesta, decorre dal momento in cui il paziente contatta i servizi di prenotazione.

- D – differibile, da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici.

Modalità di accesso: l'utente accede alla prestazione previa prescrizione. Il prescrittore deve sempre indicare nell'impegnativa il quesito o il sospetto diagnostico e biffare la casella "D".

L'utente in possesso di una prescrizione con codice di priorità "differibile" è tenuto a rivolgersi ai servizi di prenotazione (CUP, Call Center, ecc..) nel più breve tempo possibile, per la fissare l'appuntamento in cui verrà erogata la prestazione.

L'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità "D" è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici); scaduti tali termini il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

Il tempo d'attesa entro il quale deve essere evasa la richiesta, decorre dal momento in cui il paziente contatta i servizi di prenotazione.

- P – programmata, da eseguire entro 180 giorni

Modalità di accesso: l'utente accede alla prestazione previa prescrizione. Il prescrittore deve sempre indicare nell'impegnativa il quesito o il sospetto diagnostico e biffare la casella "P".

L'utente in possesso di una prescrizione con codice di priorità "programmata" è tenuto a rivolgersi ai servizi di prenotazione (CUP, Call Center, ecc..) nel più breve tempo possibile, per la fissare l'appuntamento in cui verrà erogata la prestazione.

L'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità "P" è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (180 giorni); scaduti tali termini il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

Il tempo d'attesa entro il quale deve essere evasa la richiesta, decorre dal momento in cui il paziente contatta i servizi di prenotazione.

L'esplicitazione sulla prescrizione del criterio di priorità nella stratificazione della domanda è obbligatorio per tutte le prestazioni ambulatoriali prioritarizzate.

La mancata esplicitazione del codice di priorità per le prestazioni per le quali è stato implementato un sistema di prioritarizzazione della domanda, comporta:

- per le prime visite l'equiparazione al codice di priorità "programmato" (P);
- per tutte le altre prestazioni l'equiparazione a richiesta di "controllo".

In relazione a quanto sancito dalle disposizioni regionali, le prestazioni di "particolare rilevanza", definite dalle linee annuali per la gestione del SSR, sono vincolate all'erogazione delle prestazioni con priorità "P" entro il termine massimo di 120 giorni.

Eventuali prescrizioni di prestazioni di particolare rilevanza per le quali non sia stato esplicitato il criterio di priorità sono comunque vincolate all'erogazione entro il termine di 120 giorni.

Al fine di promuovere la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti nel percorso di erogazione delle prestazioni, si stabilisce che l'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità ai fini della prenotazione (o accesso al servizio) è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso. Scaduti tali termini, il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

L'ambito entro il quale viene garantito il rispetto del tempo massimo d'attesa è l'Area Vasta. Il rispetto del tempo d'attesa massimo è vincolante per tutte le Aziende dell'Area Vasta stessa.

### **Attività di ricovero**

Il tempo d'attesa per le prestazioni di ricovero (ordinario, Day Hospital, Day Surgery), prende in esame l'intervallo di tempo che decorre tra la messa in lista d'attesa e la data dell'intervento.

Si prevedono, per le prestazioni di ricovero, le classi di priorità di seguito indicate:

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

Al riguardo, le Aziende sono tenute a:

- compilare correttamente i nuovi campi SDO (livello di istruzione, data di prenotazione, classe di priorità, codice E).
- evadere il 90% delle prestazioni di ricovero entro i termini previsti.

L'ambito entro il quale viene garantito il rispetto del tempo massimo d'attesa, secondo i livelli vincolanti per competenza di area, è l'Azienda per tutti i ricoveri di classe "A" e l'Area Vasta per tutte le restanti classi di priorità.

### **Percorsi diagnostico-terapeutici (PDT)**

La valutazione del tempo d'attesa per i Piani Diagnostico Terapeutici è vincolata alla definizione dei casi e delle prestazioni traccianti necessarie per valutare correttamente inizio e fine delle fasi diagnostica e terapeutica. All'interno di uno specifico percorso di cura è richiesta la garanzia temporale complessiva della fase diagnostica e della fase terapeutica.

La Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali (DCSISSPS) attiva tavoli tecnici per la definizione / contestualizzazione dei PDT e organizza, quale azione propedeutica

all'introduzione di nuovi PDT, incontri informativi rivolti alle aziende sanitarie regionali sulle finalità, metodologie e modalità di valutazione (definizione dei casi e delle diagnosi / prestazioni traccianti per ogni fase, ecc..).

Le fasi sono vincolati al rispetto dei seguenti tempi massimi:

Tabella 2		
Fase	Tempo massimo	Percentuale obiettivo
Diagnostica	30 giorni	90%
Terapeutica	30 giorni	90%

Le Aziende sono tenute a evadere il 90% dei PDT entro i termini previsti.

L'elenco dei PDT di cui è previsto il monitoraggio è riportato nel successivo capitolo "Elenco delle prestazioni". In considerazione dei percorsi di integrazione già presenti a livello regionale, in particolar modo sviluppati in ambito oncologico e cardiovascolare per le attività oggetto di monitoraggio, l'ambito territoriale entro il quale viene garantita il rispetto del tempo massimo d'attesa della fase diagnostica e della fase terapeutica è la Regione. La Giunta Regionale individua annualmente all'interno delle linee di gestione del Servizio sanitario regionale eventuali nuovi PDT oggetto di monitoraggio da parte della Regione.

La responsabilità del rispetto del tempo massimo previsto per la fase diagnostica e per la fase terapeutica è vincolante per tutte le aziende coinvolte negli specifici percorsi.

### **Referti**

Sono oggetto di monitoraggio i referti di laboratorio e di anatomia patologica (tutte le branche sono incluse).

Per tempo massimo di referto si intende il tempo che trascorre tra la data di esecuzione di una prestazione e la data in cui è reso disponibile il relativo referto.

La Giunta regionale determina annualmente all'interno delle linee di gestione del SSR i tempi massimi di referto delle principali prestazioni. Ai sensi dell'art. 4 della L.R. 7/2009, il tempo massimo di attesa per il referto di esami diagnostici è in ogni caso fissato in un termine massimo non superiore ai 7 giorni (fatti salvi i tempi necessari per l'esecuzione tecnica dell'esame).

Nel caso in cui una stessa richiesta di prestazione includa degli esami che hanno tempi differenziati di risposta rilevanti, i referti devono essere disponibili per il cittadino in momenti diversi; ne deriva che

non deve essere il tempo di refertazione più lungo a condizionare il tempo di consegna degli esami eseguibili in 24-48.

Le Aziende devono fornire al cittadino, al momento del prelievo, l'informazione dei tempi massimi entro cui saranno disponibili i risultati.

L'ambito entro il quale deve essere garantito il tempo massimo di refertazione è l'Azienda stessa.

Obiettivo regionale è lo sviluppo ed estensione del sistema di richiesta di esami e di trasmissione dei relativi risultati per via telematica tra medici di medicina generale / pediatri di libera scelta ed erogatori: al riguardo ciascuna Azienda indica annualmente nell'ambito degli accordi di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa le proprie azioni di sviluppo, diffusione e gestione della comunicazione informatica.

### **3. Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio**

Le prestazioni ambulatoriali, di ricovero ordinario e PDT indicate nel presente capoverso oggetto di monitoraggio ai fini della valutazione del rispetto dei tempi d'attesa sono:

- le prestazioni indicate dal Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (PNGLA);
- le prestazioni di rilievo a livello regionale.

La Giunta Regionale annualmente può determinare ulteriori prestazioni non comprese nel presente Piano. La Direzione Centrale Salute emana un documento tecnico che definisce ed esplicita le modalità di misurazione dei tempi d'attesa in attuazione al presente atto.

#### **Prestazioni ambulatoriali:**

Visite specialistiche:

Tabella 3		
<b>Prestazione</b>	<b>Codice nomenclatore</b>	<b>Codice disciplina</b>
Visita cardiologica	89.7	8
Visita chirurgia vascolare	89.7	14
Visita endocrinologica	89.7	19
Visita neurologica	89.13	32
Visita oculistica	95.02	34
Visita ortopedica	89.7	36
Visita ginecologica	89.26	37

Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
Visita urologica	89.7	43
Visita dermatologica	89.7	52
Visita fisiatrica	89.7	56
Visita gastroenterologia	89.7	58
Visita oncologica	89.7	64
Visita pneumologica	89.7	68

Prestazioni strumentali:

Tabella 4	
Prestazione	Codice nomenclatore
Mammografia	87.37.1, 87.37.2
TC senza e con contrasto Torace	87.41, 87.41.1
TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.1, 88.01.2
TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.3, 88.01.4
TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.5, 88.01.6
TC senza e con contrasto Capo	87.03, 87.03.1
TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.1, 88.38.2
TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1, 88.91.2
RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4, 88.95.5
RMN Muscoloscheletrica	88.94.1, 88.94.2
RMN Colonna vertebrale	88.93, 88.93.1
Diagnostica ecografia di capo e collo	88.71.4
Ecografia cardiaca	88.7211, 88.7212, 88.7213
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.7711, 88.7712, 88.7721, 88.7722
Ecografia Addome	88.74.1, 88.7411, 88.75.1, 88.7511, 88.76.1
Ecografia mammella	88.73.1, 88.73.2
Ecografia Ostetrico - Ginecologica	88.78, 88.78.2, 88.78.3

Altri esami Specialistici

Tabella 5
-----------

<b>Prestazione</b>	<b>Codice nomenclatore</b>
Colonscopia	45.23, 45.23.1, 45.26.1
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24, 48.23
Esofagogastroduodenoscopia	45.13, 45.16, 45.19.1
Elettrocardiogramma	89.52
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
Elettrocardiogramma da sforzo	89.41, 89.42, 89.44, 89.44.1, 89.44.2
Esame audiometrico tonale	95.41.1
Spirometria	89.37.1, 89.37.2
Esame del fondo oculare	95.09.1
Elettromiografia	93.08.1
Chemioterapia	99.25.1
Cataratta	13.41

### **Prestazioni di ricovero**

Prestazioni in Day Hospital / Day Surgery / (ambulatorio)

Tabella 6			
<b>Prestazione</b>	<b>Codice intervento</b>	<b>Codice diagnosi</b>	<b>Codice di priorità</b>
Chemioterapia <sup>1</sup>	99.25	V58.1	A
Cataratta	Categoria 13.x		C
Coronarografia	88.55, 88.56, 88.57	-	A
Biopsia percutanea del fegato <sup>1</sup>	50.11	-	C
Emorroidectomia	49.46, 49.49	-	C
Riparazione ernia inguinale <sup>1</sup>	Categorie 53.0 e 53.1	-	C

<sup>1</sup> Le prestazioni erogate prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

Prestazioni in ricovero ordinario <sup>2</sup>

Tabella 7			
<b>Prestazione</b>	<b>Codice intervento <sup>2</sup></b>	<b>Codice diagnosi</b>	<b>Codice di priorità</b>
Interventi chirurgici tumore	Categoria 85.4, 85.22,	Categoria 174,	A

Mammella	85.23	233.0	
Interventi chirurgici tumore Prostata	60.2, 60.5, 60.6	185, 233.4	A
Interventi chirurgici tumore colon retto	Categorie 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6	Categorie 153 e 154, 230.3, 230.4, 230.5	A
Interventi chirurgici tumore dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182, 233.1, 233.2	A
Interventi chirurgici tumore del rene	55.4, 55.51	189.0, 189.1	A
Interventi chirurgici tumore della vescica	57.49, 57.6, 57.71, 57.79	Categoria 188 e codice 233.7	A
By-pass aortocoronarico	Categoria 36.1	-	C
Angioplastica coronarica (PTCA)	00.66, 36.06, 36.07, 36.09	-	A
Protesi valvolare	Categoria 35.2	-	C
Coronarografia	88.55, 88.56, 88.57	-	A
Endoarteriectomia carotidea	38.12	-	B
Intervento di protesi d'anca	81.51, 81.52, 81.53, 00.70, 00.71, 00.72, 00.73	-	C
Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3, 32.4, 32.56, 32.9	Categoria 162, 231.2	A
Cataratta	Categoria 13.x	-	C
Tonsillectomia	28.2, 28.3	-	C

<sup>2</sup> Le prestazioni prevalentemente o esclusivamente in regime di Day Surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

### Piani diagnostico terapeutici (PDT)

Tabella 8	
<b>Piano Diagnostico Terapeutico</b>	<b>Tempo massimo di attesa</b>
Neoplasia del colon	30 giorni per la fase diagnostica;

Neoplasia del polmone	30 giorni per la fase terapeutica.
Neoplasia del mammella	
By-pass aortocoronarico	

## Referti

Tabella 9	
<b>Ambito</b>	<b>Tempo massimo di attesa</b>
Anatomia Patologica	80% entro 7 giorni.
Laboratorio Analisi	80% entro 7 giorni.
(fatti salvi i tempi necessari per l'esecuzione tecnica dell'esame)	

## PARTE II

### I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ

#### 4. Piano annuale di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa

Ciascuna Area Vasta è tenuta a formulare annualmente un “Piano di produzione dell’Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa”. Tale documento consiste in un organico e coordinato piano di interventi orientati ad offrire al cittadino che necessita di prestazioni specialistiche programmabili la garanzia di poter soddisfare il proprio bisogno in condizioni di qualità adeguata entro un intervallo di tempo massimo, avvalendosi di un servizio che prevede ed esplicita ex ante i comportamenti che il sistema assume nel caso in cui si verifichi il superamento dei livelli massimi di attesa previsti per l’accesso. Indica pertanto le azioni corredate da oggettivi indicatori di verifica, destinate ad agire sull’appropriatezza del consumo, sull’efficienza del sistema di produzione, sulla produttività delle risorse impiegate e sulle modalità organizzative che garantiscono trasparenza ed equità nell’accesso.

Il Piano annuale di produzione dell’Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa deve definire, per l’anno di competenza, per ognuna delle prestazioni oggetto di monitoraggio:

- i volumi prestazionali che ciascuna delle Aziende e delle strutture private accreditate che la compongono si impegnano a garantire in risposta ai fabbisogni previsti, con correlata previsione di posti in agenda, formulando piani di lavoro trasversali esplicitanti per le diverse sedi eroganti la capacità produttiva complessiva in termini di ore di apertura e di calendari di erogazione programmati. La quantificazione delle prestazioni necessarie in termini di prime visite e controlli trae il proprio fondamento da analisi e considerazioni congiunte sugli andamenti della casistica acuta e di quella cronica attesi e su modalità programmate di gestione della casistica cronica;
- le sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa, da individuarsi in conformità ai criteri previsti dall’art. 3, comma 2 della citata L.R. 7/2009. A tale riguardo va assicurata l’accessibilità alle diverse sedi di erogazione, in termini anche di tempi di percorrenza e di disponibilità di mezzi pubblici, in particolare se rivolte a fasce di popolazione svantaggiate quali pazienti cronici con disabilità e anziani. L’individuazione delle sedi dovrà essere effettuata anche in relazione al diverso grado specialistico e/o alla tipologia delle prestazioni che si prevede di

erogare, prevedendo una rete di offerta finalizzata anche ad un corretto instradamento della casistica in relazione ai diversi livelli di complessità e frequenza richiesti;

- le modalità di intervento che consentano un riorientamento dell'offerta a seguito del verificarsi imprevisto di criticità nelle attese in uno o più ambiti della rete. Un'adeguata previsione delle necessità prestazionali, includendo in questa anche le misure di miglioramento dell'appropriatezza, consisterà in una coerente programmazione operativa della produzione in ambito di Area Vasta, e nella individuazione di azioni mirate alla riconduzione dei tempi d'attesa ai valori standard previsti ogni qual volta fattori contingenti o errori di pianificazione facessero superare gli standard dichiarati. In particolare è necessario:
  - centralizzare, secondo una visione complessiva sovra-aziendale, in ambito di Area Vasta, la gestione dell'offerta prestazionale ed il governo delle liste di attesa, affidando ad una delle Aziende il compito di monitorare costantemente la realizzazione del Piano di produzione e l'andamento delle liste di attesa, dandone costante comunicazione alle altre Aziende al fine, qualora dovessero riscontrarsi criticità, di porre in essere con tempestività le necessarie azioni di intervento. L'Azienda individuata quale responsabile, negli intervalli tra le rilevazioni periodiche, assicurerà, per le prestazioni a più elevato rischio d'attesa un monitoraggio assiduo e ad hoc che consenta di prefigurare misure più complesse e che coinvolgano il concorso delle altre Aziende;
  - adottare strumenti flessibili che consentano di rimodulare l'offerta in relazione agli andamenti rilevati, mediante ricorso, subordinatamente alla piena utilizzazione delle risorse "istituzionali" (strumenti contrattuali per la gestione degli orari di lavoro, sistema premiante, riallocazione delle risorse tra urgenza e programmato...), ad accordi di produzione integrativa interni e/o da contratti di fornitura con i soggetti privati accreditati. In particolare dovrà essere prevista una parte di attività stabile ed una parte invece finalizzata a far fronte a necessità contingenti tanto da parte delle strutture di offerta aziendali quanto da parte dei privati accreditati.

## **5. Contenuti obbligatori del Piano di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa**

I Piani annuali di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa dovranno obbligatoriamente contenere:

- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali, dei relativi tempi massimi e delle sedi di erogazione accreditate previsti;

- i volumi di prestazioni ambulatoriali che si prevede di erogare per le prestazioni oggetto di monitoraggio nel corso dell'anno;
- l'elenco delle prestazioni di ricovero, dei relativi tempi massimi e delle sedi di erogazione previste;
- i volumi di prestazioni di ricovero che si prevede di erogare per le prestazioni oggetto di monitoraggio nel corso dell'anno;
- l'elenco dei PDT adottati, dei relativi tempi massimi e delle relative sedi di erogazione previste;
- i volumi di attività libero professionale ed il relativo rapporto rispetto all'attività istituzionale previsti distinti per Unità Operativa;
- i tempi massimi di refertazione garantiti;
- i processi di semplificazioni delle prestazioni specialistiche che si prevede di adottare;
- le azioni previste in caso di superamento dei tempi di attesa;
- le modalità attraverso cui si prevede di affrontare i vincoli di sistema (sospensione della prenotazione, sospensione delle attività, attività di monitoraggio, libera professione);
- le tecniche di informazioni ai cittadini;
- le attività di monitoraggio.

## **6. Responsabilità dei Direttori generali**

I Direttori generali del SSR, fermo restando quanto stabilito dalla legge, sono responsabili di approvare annualmente il Piano di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa garantendone il rispetto.

Le Aziende sono solidalmente responsabili del mancato rispetto degli standard previsti per le prestazioni oggetto di monitoraggio nell'ambito dell'Area Vasta di appartenenza. I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di Area Vasta per le prestazioni a più elevato livello specialistico ed in almeno due sedi di Area Vasta per le prestazioni di base, con ciò intendendo quelle a più larga diffusione (definite annualmente nelle Linee annuali di gestione del Servizio Sanitario Regionale), rappresentative degli esami utilizzati nella definizione diagnostica e/o nei trattamenti delle affezioni più comuni e pertanto erogabili a livello distrettuale.

In caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti, i Direttori generali devono attivare tutte le iniziative idonee a riportare i valori entro i termini programmati dandone informazione alla Direzione centrale salute affinché questa possa adempiere al mandato informativo presso la commissione consiliare.

Ai sensi dell'art. 6 della L.R. 7/2009, nel Patto stipulato annualmente tra la Regione ed i Direttori generali, il 25% del compenso integrativo al trattamento economico annuo è vincolato al rispetto dei tempi massimi di attesa.

## PARTE III

### MISURE ALTERNATIVE DA ADOTTARE IN CASO DI MANCATO RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI

#### 7. Mancato rispetto dei tempi di attesa

In caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, i Direttori generali devono attivare tutte le iniziative idonee a riportare i valori entro i termini programmati agendo:

sul fronte della domanda, mediante:

- azioni volte al coinvolgimento diretto degli attori che partecipano, con ruolo diverso, alla generazione della richiesta di esami e prescrizioni: MMG, PLS, medici specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, medici convenzionati, cittadini
- attività volte alla diffusione dei criteri di priorità, sensibilizzando i prescrittori e monitorandone la corretta osservanza
- sistematici monitoraggi e di feed-back sull'utilizzo di:
  - quesito diagnostico
  - classe di priorità
  - corretta identificazione di prima visita / visita di controllo
  - corretta applicazione delle eventuali esenzioni
  - corretta definizione della prestazione in base a quanto previsto dal tariffario ambulatoriale o (se disponibile) al dizionario regionale delle prestazioni, distinguendo tra primi accessi e controlli
  - assicurando che i risultati delle attività di revisione siano oggetto di diffusione interna all'Azienda al fine di ottenere un costante miglioramento della corretta compilazione dell'impegnativa
- individuazione di modalità di responsabilizzazione dell'utenza che non si presenta alle prestazioni prenotate senza avviso di almeno 2 giorni (5 giorni per gli esami che richiedono una preparazione lunga), fatte salve documentate situazioni eccezionali (malattia, ecc..);

sul fronte dell'offerta, mediante:

- gestione flessibile dell'offerta al fine di garantire il rispetto del tempo e l'appropriato impiego delle risorse anche con l'apertura di attività contingenti straordinarie;
- incremento dell'offerta, incentivando le équipes sanitarie interne;
- stipula di accordi con altre Aziende della stessa Area Vasta e/o, se necessario altre Aree Vaste;

- acquisto di ulteriori prestazioni presso gli erogatori privati accreditati e convenzionati;
- stipula di contratti a termine con professionisti in possesso di requisiti professionali previsti dalla normativa vigente, ovvero ricorrendo a contratti a termine con ambulatori o studi professionali autorizzati, dando priorità a quelle strutture già in possesso di accreditamento per altre branche specialistiche (diverse da quelle oggetto del contratto a termine), nelle more delle determinazioni regionali sui fabbisogni e sulle procedure di accreditamento;
- acquisto di prestazioni in libera professione dai propri dipendenti senza oneri aggiuntivi per i cittadini, fatti salvi i ticket eventualmente dovuti.

Ai fini di una corretta gestione dell'offerta, è altresì fatto obbligo ai Direttori Generali promuovere azioni orientate a:

- adeguare le agende di prenotazione secondo classi di priorità entro un termine massimo 4 mesi dall'emanazione dei criteri di priorità regionali;
- non autorizzare agende nominative;
- rappresentare in modo integrato l'offerta di Area Vasta, pubblica, privata convenzionata e libero professionale intra-moenia, nell'ambito dell'offerta CUP regionale;
- introdurre percorsi differenziati per la gestione dell'attività istituzionale e convenzionata rispetto all'attività libero-professionale.

Qualora i monitoraggi periodici rivelino particolari situazioni di criticità sui tempi d'attesa a livello regionale, la Regione può vincolare specifiche destinazioni di finanziamento per incrementare i fondi di produttività e risultato del personale coinvolto nel processo di contenimento dei tempi di attesa.

## **8. Attivazione forme di rimborso e di esecuzione alternativa per i cittadini in caso di superamento dei tempi**

Ai sensi dell'art. 12 della L.R.7/2009, la Giunta regionale indica annualmente all'interno delle linee annuali di gestione le prestazioni di particolare rilevanza la cui tempestività sia clinicamente essenziale per il cittadino (comma 1) e le prestazioni che debbano essere erogate nel limite di 120 giorni (comma 2). A tale riguardo la norma prevede che:

- per le prestazioni di particolare rilevanza di cui al comma 1, l'Azienda che non ha garantito i tempi previsti provveda al pagamento diretto delle prestazioni effettuate dal cittadino presso altre strutture;
- per le prestazioni da erogare nel limite di 120 giorni di cui al comma 2, il cittadino residente in Regione ha diritto di richiedere la prestazione entro qualunque altro centro regionale, anche

privato accreditato e convenzionato, abilitato ad erogarla, fermo restando che il costo della prestazione è a carico del SSR.

A tale riguardo, le Aziende sono chiamate a definire ed applicare, nel rispetto delle seguenti indicazioni, modalità e percorsi comuni di Area Vasta destinati a dare attuazione alle previsioni di cui ai citati comma 1 e 2 dell'art. 12 della L.R. 7/2009.

Per quanto concerne i diritti in caso di superamento dei limiti per le prestazioni di particolare rilevanza, di cui al comma 1, si prevede quanto segue.

Nel caso in cui nessuna delle sedi di Area Vasta individuate dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" e previamente rese note al cittadino mediante adeguata informazione sia in grado di garantire le tipologie di prestazioni sopra indicate entro i termini previsti, questi ha diritto al rilascio di una certificazione di "Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti". Qualora il cittadino ritenga di ottenere la prestazione rivolgendosi ad una struttura pubblica regionale fuori Area Vasta, la regolamentazione del rapporto fra Azienda di residenza del paziente ed Azienda erogante avverrà secondo le ordinarie regole di compensazione economica. Qualora il cittadino ritenga invece di ottenere la prestazione rivolgendosi ad una struttura privata accreditata e convenzionata, abilitata ad erogarla, il costo della prestazione dovrà essere addebitato direttamente all'Azienda di residenza dell'utente stesso al valore della tariffa regionale mediante emissione di fattura corredata della certificazione di "Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti".

Le previsioni di cui al comma 1, art. 12 della L.R. 7/2009 non si applicano nel caso in cui i tempi massimi di attesa previsti siano rispettati ma l'utente non accetti di recarsi presso le sedi previste dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" ed a lui preventivamente rese note.

Per quanto concerne, invece, i diritti in caso di superamento dei limiti per le prestazioni di particolare rilevanza, di cui al comma 2, si prevede quanto segue.

Nel caso in cui nessuna delle sedi di Area Vasta individuate dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" e previamente rese note al cittadino mediante adeguata informazione sia in grado di garantire le tipologie di prestazioni indicate entro 120 giorni, questi ha diritto al rilascio di una certificazione di "Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti". Qualora il cittadino ritenga di ottenere la prestazione rivolgendosi ad una struttura pubblica regionale fuori Area Vasta, la regolamentazione del rapporto fra Azienda di residenza del paziente ed Azienda erogante avverrà secondo le ordinarie regole di compensazione economica. Qualora invece il cittadino ritenga di ottenere la prestazione rivolgendosi a una struttura privata accreditata e convenzionata, abilitata ad erogarla, egli avrà diritto ad ottenere il rimborso della spesa sostenuta da parte dell'Azienda

di residenza esibendo la relativa ricevuta di avvenuto pagamento debitamente corredata della certificazione di "Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti".

Le previsioni di cui al comma 2, art. 12 della L.R. 7/2009 non si applicano nel caso in cui i tempi massimi di attesa previsti siano rispettati ma l'utente non accetti di recarsi presso le sedi previste dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" ed a lui preventivamente rese note.

Le modalità di garanzia dell'utenza in termini di diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni sono omogenee in Area vasta e vengono rese note al pubblico secondo quanto previsto nel successivo capoverso "Comunicazione e informazione ai cittadini".

## **PARTE IV**

### **LE AZIONI SUL FRONTE DELLA DOMANDA**

#### **9. Medici prescrittori**

I medici prescrittori devono riportare all'atto dell'emissione della prescrizione diagnostica il quesito o il sospetto diagnostico che ha causato l'invio del paziente per l'erogazione della prestazione con l'indicazione del livello di priorità se previsto. Deve essere promossa la continuità assistenziale e il rapporto tra ospedale e medicina generale nonché tra quest'ultima e la specialistica ambulatoriale in merito al rispetto dei percorsi diagnostico-terapeutici condivisi oltre che di comportamenti prescrittivi. Al riguardo deve essere attivato un confronto costante tra medici ospedalieri, medici ambulatoriali, medici di base e pediatri di libera scelta per la stesura di Linee guida a sostegno dell'appropriatezza prescrittiva e dell'utilizzo delle prestazioni sanitarie.

Gli accordi integrativi regionali sottoscritti tra la Regione e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, devono porsi in continuità rispetto ai compiti specifici assegnati a tali professionisti in particolare per quanto concerne l'adozione di criteri di priorità, interventi sull'appropriatezza, semplificazione delle procedure prescrittive e revisione periodica delle stesse, sulla base di condivise linee guida, in più stretta collaborazione con specialisti, distretti, presidi ospedalieri. Parte delle quote variabili previste saranno destinate al raggiungimento di obiettivi afferenti a tale specifico ambito di attività.

In base a quanto previsto dagli accordi nazionali, i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, partecipano ai progetti di informatizzazione attivati dalla Regione.

#### **10. Semplificazione delle prescrizioni specialistiche**

Al momento del primo accesso e delle visite successive, gli specialisti ambulatoriali e gli specialisti ospedalieri prescrivono direttamente gli approfondimenti diagnostici e le ulteriori visite specialistiche.

Gli accordi di Area vasta, ai fini della continuità assistenziale, devono prevedere le modalità attraverso le quali deve essere attivato e mantenuto il contatto tra gli specialisti, il medico curante, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta. Il contatto tra coloro che partecipano alla generazione di richieste di esami e prestazioni deve avvenire, attraverso la definizione di adeguati ritorni informativi, relativi alle prescrizioni degli specialisti, sempre più privilegiando l'utilizzo di strumenti informatici.

Le Linee di gestione del Servizio sanitario regionale possono stabilire annualmente obiettivi finalizzati al miglioramento e alla semplificazione degli prescrizioni.

Per quanto concerne, in particolare, gli esami di diagnostica di laboratorio e strumentale da erogarsi a favore di donne in stato di gravidanza di cui al DM 10 settembre 1998, si ribadisce quanto segue:

- sono confermati tempi e prestazioni previsti dal decreto stesso;
- in conformità a quanto previsto dall'art. 1 comma 2 "la prescrizione delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle prestazioni specialistiche è effettuata dai MMG o dagli specialisti operanti presso le strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari". Pertanto lo specialista che per primo accerti la gravidanza dovrà provvedere alla prescrizione di tutti accertamenti previsti dall'allegato B del DM, evitando la frammentazione del percorso di cura;
- l'ecografia morfologica va compresa tra le prestazioni previste tra la 19° e la 23° settimana.

Ai fini di favorire ulteriormente i processi di integrazione nei percorsi diagnostico-terapeutici delle prestazioni, la razionalizzazione e concentrazione degli accessi degli assistiti nelle strutture sanitarie nonché la semplificazione dei percorsi amministrativi, è prevista la definizione di linee guida per la formulazione di proposte di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC). Il PAC rappresenta una modalità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali che prevede la concentrazione delle prestazioni in uno stesso accesso, in modo da minimizzare il numero di accessi del paziente alla struttura sanitaria.

## **11. Semplificazione procedure per il rilascio di certificati medici**

Allo scopo di ridurre i tempi di attesa per i cittadini che devono accedere a visite o accertamenti diagnostici finalizzati esclusivamente al rilascio di certificati o esenzioni nell'ambito del Servizio sanitario regionale, per determinate tipologie di certificazione valgono le seguenti regole:

- autorizzazione al rilascio del certificato medico direttamente dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.
- autorizzazione al rilascio del certificato medico al momento della dimissione dall'ospedale in caso di nuova diagnosi.

Ulteriori certificati oggetto di semplificazione vengono definiti nelle Linee annuali di gestione del Servizio sanitario regionale.

## **12. Revisione periodica delle attività prescrittive**

Per revisione periodica delle attività prescrittive si intende l'attività sistematica e periodica con cui viene svolta, con la metodologia dell'audit, la revisione periodica delle prescrizioni in medicina generale e tra gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Tale attività è regolamentata negli accordi dei MMG e dei PLS nazionali e regionali.

Le azioni previste sono:

- attuazione diffusa e monitoraggio trimestrale di quanto previsto dall'Accordo regionale sull'Ufficio di Coordinamento dell'Attività Distrettuale - UCAD - (DGR 1007 del 6 maggio 2005) e in particolare dei compiti attribuiti all'Ufficio Distrettuale per la Medicina Generale – UDMG;
- attuazione e verifica di quanto previsto per i MMG aggregati in forma associativa che individua sia momenti di revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'associazione, sia riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale;
- formalizzazione e avvio in tutte le Aziende della commissione di cui all' art. 49 comma 7 dell'accordo collettivo nazionale dei MMG allo scopo di esaminare e proporre soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio;
- sviluppo del sistema informativo mediante l'utilizzo di set di indicatori di performance intesi a misurare l'appropriatezza dei percorsi di cura di alcune patologie. Gli indicatori saranno messi a disposizione di ciascun distretto e UDMG da parte delle Aziende;
- sviluppo da parte delle Aziende di programmi di valutazione delle prescrizioni degli specialisti ospedalieri, con riferimento ai percorsi di cura delle patologie rilevanti e di maggior impatto.

## PARTE V

### LE AZIONI SUL FRONTE DELL'OFFERTA

#### **13. Libera professione**

Le Aziende dovranno disciplinare i percorsi ed i meccanismi che assicurano la coerenza fra i tempi massimi di attesa e il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale. I Piani di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa, in conformità a quanto previsto dall'art. 7 della L.R. 7/2009, dovranno contenere:

- l'indicazione del rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria, in particolare per le prestazioni critiche, siano esse ambulatoriali che di ricovero;
- le azioni che orienteranno la retribuzione di risultato alla riduzione dei tempi di attesa;
- i meccanismi di controllo attivati per verificare costantemente la prevalenza dell'attività istituzionale rispetto all'attività libero professionale, nonché per la verifica degli impegni assunti e le misure da intraprendere qualora i tempi di attesa permangano oltre i valori stabiliti per un periodo prefissato e qualora non siano rispettati i volumi prestazionali concordati.

L'attività libero professionale può essere esercitata solo da chi svolge tale attività in regime istituzionale (ad eccezione dell'attività di medicina del lavoro e medicina dello sport, limitatamente alle attività non connesse con i propri ambiti lavorativi di vigilanza), con proporzioni e percentuali concordate all'interno di ciascuna unità operativa.

Fatto salvo quanto previsto dalla Legge finanziaria 2005 (L. 266 del 23 dicembre 2005 art. 1 comma 280), la sospensione dell'attività istituzionale comporta l'automatica sospensione dell'attività libero-professionale.

È vietata la libera professione per i trattamenti di radioterapia.

#### **14. Razionalizzazione delle modalità di erogazione dell'offerta**

La razionalizzazione di erogazione dell'offerta implica un utilizzo efficiente delle strutture e delle apparecchiature esistenti ed un'adeguata accessibilità geografica e di orari di apertura.

Lo scopo della razionalizzazione dell'offerta è quello di:

- monitorare e migliorare l'efficienza d'impiego di importanti apparecchiature diagnostiche per costo e volumi erogati;
- incrementare le prestazioni erogate tenendo conto dei criteri di appropriatezza;
- garantire equità e accessibilità alle prestazioni per ciascun ambito territoriale.

Ai fini di un più efficiente utilizzo delle strutture e apparecchiature le Aziende sono tenute a:

- mettere a regime un sistema regionale di monitoraggio e di benchmarking in Area Vasta ed in sede regionale ed intraprendere azioni di miglioramento sull'uso delle apparecchiature diagnostiche;
- incrementare i volumi di offerta ove le situazioni risultino critiche;
- programmare per Area vasta la distribuzione delle apparecchiature e delle prestazioni sulla base di criteri di accessibilità ed equità.

### **15. Efficiente utilizzo delle apparecchiature esistenti**

Ai sensi dell'art. 10 della L.R. 7/2009, nel caso in cui le Aziende non siano in grado di rispettare i tempi massimi di attesa come individuati dalle Linee annuali di gestione per il Servizio sanitario regionale, le apparecchiature che hanno relazione con tale ritardo, devono essere fatte funzionare per l'utenza esterna, sei giorni su sette e dodici ore al giorno e comunque non meno di 72 ore alla settimana.

Le Linee annuali definiscono annualmente le risorse da destinare all'incremento di tali attività.

## PARTE VI

### INFORMATIZZAZIONE E MESSA IN RETE DEL SSR PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

#### 16. Gestione delle agende di prenotazione

Al fine di garantire trasparenza ed equità di accesso, effettuare un monitoraggio il più possibile realistico e significativo dell'andamento delle attese e, di conseguenza, poter intervenire con tempestività ed efficacia sulle relative criticità riscontrate, le Aziende sono tenute ad uniformarsi nella gestione delle agende di prenotazione. A tale riguardo, pertanto:

- le agende non devono essere chiuse: la chiusura delle agende sottostima il bisogno e favorisce la non adozione degli strumenti di programmazione delle risorse che spesso esitano in variazioni impreviste. La legge finanziaria 2006, comma 282, art. 1, sancisce il divieto di sospendere le attività di prenotazione. Al riguardo, si precisa che il "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa" dovrà contenere le misure previste per dare risposta a situazioni di forza maggiore, quali sciopero del personale o guasto macchine, che possono comportare una sospensione nell'erogazione delle prestazioni, specificando gli ambiti di responsabilità individuati per assicurare l'adozione delle soluzioni previste e la corretta informazione degli utenti;
- le agende di prima visita non devono essere nominative: l'indicazione deve essere associata all'instaurazione o all'estensione di rapporti professionali sostenuti organizzativamente tra i diversi fornitori della stessa disciplina in Area Vasta, ai fini dell'instradamento appropriato della casistica più complessa verso le sedi in grado di garantire le prestazioni più adeguate;
- le agende non devono essere soggette a variazioni impreviste: a fronte di variazioni stagionali, da ritenersi fisiologiche, e delle quali va opportunamente tenuto conto in sede di programmazione, devono invece essere evitate od in ogni caso ricondotte a situazioni d'eccezione, variazioni di disponibilità di offerta immotivate o motivate dalla mancata previsione delle normali variabili di gestione di un servizio (ferie o altre assenze del personale);
- le prime visite vanno indicate in relazione al problema sanitario identificato. Tuttavia, ai fini della quantificazione iniziale delle necessità, dovranno essere considerate prime visite tutte quelle prescritte come tali e non precedute, nel corso dei sei mesi precedenti, da un'altra visita effettuata in ambito di Area Vasta nella stessa specialità, indipendentemente dalla struttura erogatrice. Al riguardo, si richiama l'attenzione sull'opportunità di puntualizzare in sede di

formulazione degli accordi di Area Vasta, con particolare riferimento alle strutture private accreditate, gli strumenti più idonei per dare esatta applicazione al criterio qui formulato.

## **17. Sospensione di agende e di attività**

Il verificarsi di situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione sanitaria, rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc).

È necessario distinguere tuttavia tra l'impossibilità di erogare una prestazione e l'attività di prenotazione della stessa. La prenotazione costituisce infatti l'inserimento della domanda nel sistema informatizzato che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l'erogazione sia interrotta. Le procedure di prenotazione infatti, possono gestire la programmazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata, garantendo comunque la necessaria trasparenza nei confronti dell'utenza (data e ora in cui è stata registrata la prenotazione, codice progressivo di inserimento, ...)

In linea generale è vietata qualsiasi sospensione delle prenotazioni di prestazioni sanitarie ambulatoriale o di ricovero programmato.

Nel caso in cui per cause di forza maggiore sia necessario procedere alla sospensione dell'erogazione di una prestazione, l'attività di prenotazione della stessa deve proseguire secondo modalità esplicitamente previste nel "Piano annuale di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa", seguendo procedure concordate in tale sede.

In ogni caso le Aziende devono rispettare le seguenti regole:

- la sospensione deve essere comunicata dalla Direzione Generale Aziendale all' Area Vasta e alla Direzione Centrale Salute, Protezione Socio Sanitaria e Politiche Sociali per l'avvallo (mediante utilizzo dell'apposito modulo, vedi allegato 1);
- la sospensione dell'offerta pubblica comporta la parallela sospensione della corrispondente attività di libera professione intramoenia;
- la sospensione deve essere sempre corredata dalla descrizione delle cause, previsione dei tempi previsti per la ripresa dell'attività (assegnazione dei tempi di attesa in funzione della stima del tempo di interruzione dell'erogazione, predisposizione di pre-appuntamenti ovvero definizione del periodo nel quale si prevede di erogare la prestazione; la data precisa sarà comunicata successivamente) e dalle misure adottate a livello aziendale e concordate a livello di Area Vasta.

Secondo le disposizioni della L. 266/05 comma 284, ai soggetti responsabili di violazioni di questo divieto è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di € 1.000 ad un massimo di € 5.000. Le Aziende identificano i responsabili delle agende e i soggetti preposti ai controlli e alle sanzioni.

La Direzione Centrale garantisce l'evasione del debito informativo nei confronti del Ministero della Salute.

### **18. Allineamento della gestione delle procedure di identificazione / prenotazione / gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale**

Le Aziende garantiscono modalità omogenee di funzionamento della rete CUP e proseguono in Area vasta nel percorso di allineamento della gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale, così come previsto dall'art. 2, comma 1 della L.R. 7/2009. Al fine di garantire tempi di attesa congruenti con la tipologia di prestazioni richieste è necessario gestire in maniera distinta le prime visite dai controlli (es. agende separate), prevedendo eventualmente meccanismi di compensazione che trasferiscano l'offerta da una tipologia all'altra a seconda dell'andamento della domanda, in modo da non lasciare in alcun caso posti vuoti. Tali correttivi devono entrare in funzione in maniera pressoché automatica o, dove ciò non sia possibile, devono consentire di segnalare per tempo i punti di criticità per un intervento tempestivo indirizzato all'ottimizzazione delle risorse disponibili (interne ed esterne) anche in riferimento all'andamento della domanda.

Gestire separatamente i percorsi di primo accesso dai controlli è altresì funzionale sia al monitoraggio dell'attività e dei tempi di attesa, sia alla chiarezza degli impegni che il SSR assume nei confronti del cittadino.

In particolare, le Aziende sono tenute a:

- pervenire alla gestione unitaria dell'attività ambulatoriale di Area Vasta tramite il sistema CUP regionale;
- unificare l'offerta di prestazioni di "visita di primo accesso" ("visita generale" o "prima visita") in una sola agenda di prenotazione per ogni branca specialistica afferente ad un unico ambulatorio (eventualmente distinta in caso di più strutture operative erogatrici nella stessa Azienda e/o più sedi geograficamente distinte di erogazione). Ciò mediante condivisione delle agende in ambito di Area Vasta, tramite Cup, almeno per i criteri di priorità B, D e P e tra Aree Vaste regionali, tramite Call Center, almeno per i criteri di priorità D e P;

- implementare le agende di prenotazione condivise tra le Aziende appartenenti alla stessa Area Vasta stratificate per criterio di priorità a seguito della definizione di criteri di priorità regionali;
- garantire la prenotabilità condivisa tra le Aziende appartenenti alla stessa Area Vasta per le prestazioni ambulatoriali prioritarizzate a livello regionale (almeno criteri “D” e “P”).

Per la realizzazione delle agende di cui sopra è escluso l'utilizzo degli indirizzamenti. Eventuali reindirizzamenti dell'utenza verso attività di nicchia interne alle strutture sarà possibile solo dopo l'inquadramento da parte dello specialista nell'ambito della prima vista.

Le Aziende sono altresì tenute a collaborare al fine di migliorare i collegamenti tra Centro Unico di Prenotazione, medici prescrittori e utenza.

### **19. Prescrizione elettronica e prenotazione on-line**

Le Aziende, in conformità a quanto previsto dall'art. 17 della L.R. 7/2009, dovranno favorire lo sviluppo degli strumenti informatici nei processi di richiesta/refertazione e di prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, con l'obiettivo di pervenire al progressivo abbandono della prescrizione cartacea da parte dei prescrittori. Tali strumenti dovranno altresì permettere la condivisione di informazioni tra prescrittori e erogatori, consentendo il recupero in maniera automatica dei dati contenuti nella ricetta da parte della struttura ambulatoriale e di prenotazione, e il ritorno del relativo referto redatto in formato elettronico. A tale riguardo dovranno adeguarsi alle procedure emanate dalla DCSISSPS per la costruzione di un unico catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in grado di tradurre, sul piano operativo, il nomenclatore tariffario regionale, uniformare le prescrizioni, agevolare la fase di prenotazione per gli operatori di sportello, garantire l'acquisizione informatizzata dei referti. Lo sviluppo di questa rete integrata, orientata a diffondere l'utilizzo delle funzionalità rese disponibili ad un sempre maggior numero di medici, è finalizzata a:

- favorire la formulazione delle prescrizioni, con l'allineamento ad un unico catalogo regionale;
- facilitare il processo di prenotazione, con diminuzione degli errori, per acquisizione in automatico dei dati anagrafici e di prestazione;
- accelerare i tempi di ritorno dei referti.

Al riguardo, sono indicazioni per le Aziende del SSR, le seguenti:

### **Prescrizione elettronica**

Con riferimento all'attuazione delle disposizioni di cui al comma 5 bis dell'art. 50 della legge n°326/2003 e del DPCM 26 marzo 2008, concernente la realizzazione della ricetta elettronica, tramite il collegamento telematico dei medici prescrittori, sono state individuate le soluzioni per unificare e uniformare a livello regionale tutte le tipologie di prescrizione.

La soluzione deve passare attraverso la ridefinizione dell'infrastruttura a supporto della comunicazione della prescrizione intra-regionale tra medici prescrittori, strutture sanitarie, farmacie e verso il ministero.

Le strutture erogatrici e i prescrittori partecipano alla fase di implementazione / collaudo del sistema.

### **Restituzione referti**

Al fine di migliorare e velocizzare il processo di continuità di cura le Aziende mettono a disposizione del sistema informativo clinico i referti in formato elettronico firmati digitalmente, affinché il cittadino ed altresì i prescrittori possano utilizzare le informazioni contenute dai referti, anticipando di fatto il percorso che il cittadino compie nel prelevare il referto cartaceo per poi recarsi dal proprio medico curante. Si auspica mediante questa soluzione il progressivo realizzarsi di una inversione del processo di cura, nel quale è il medico a contattare il proprio assistito invitandolo o meno a presentarsi nell'ambulatorio.

### **Prenotazione da parte dei MMG/PLS**

In conformità a quanto previsto dall'art. 16, comma 5 della L.R. 7/2009 le Aziende avvieranno sperimentazioni di prenotazione delle prestazioni direttamente dallo studio del medico, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale disposti a partecipare. La prenotazione potrà avvenire o tramite il Portale di Medicina Generale o direttamente dal software utilizzato dal medico nel proprio ambulatorio, purché quest'ultimo rispetti gli standard di connessione con il SISR.

## PARTE VII

### MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

#### 20. Monitoraggio dei tempi di attesa

Obiettivo del monitoraggio è la verifica periodica del rispetto dei tempi previsti, l'identificazione tempestiva degli eventuali punti critici e la messa in atto di eventuali azioni correttive.

Oggetto del monitoraggio sono le prestazioni sanitarie erogate in regime di prima visita e/o primo accesso.

Sono inoltre previsti dei monitoraggi su:

- le prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria, che devono considerare sia i tempi che i volumi erogati;
- particolari aree diagnostiche, quali i tempi di refertazione per l'anatomia patologica,
- i pazienti non presentatisi agli esami e l'impiego di apparecchiature radiologiche;
- le agende sospese;
- possibili indagini ad hoc quali ad esempio sulla funzionalità dei CUP e del call center.

La Regione partecipa alla rilevazione nazionale coordinata dal Ministero della Salute e dall'ASSR secondo le modalità di volta in volta definite.

Le Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale possono individuare eventuali nuove tipologie di prestazioni sulle quali effettuare monitoraggi.

È compito della Direzione Regionale:

- elaborare i dati relativi ai monitoraggi dei tempi di attesa forniti dalle Aziende del Servizio sanitario regionale nei tempi previsti dalle disposizioni regionali;
- vigilare sulla regolare applicazione della L.R. 7/2009;
- fornire la massima trasparenza ai dati raccolti sui tempi di attesa delle prestazioni sanitarie monitorate. Tutti i documenti e dati rilevati devono essere pubblicati sul sito [www.regione.fvg.it](http://www.regione.fvg.it);
- prevedere forme di partecipazione attiva dei cittadini nella valutazione del sistema sanitario;
- prevedere forme di rilevazione sul grado di soddisfazione dei cittadini;
- svolgere indagini a campione per la verifica della correttezza dei dati trasmessi dalle Aziende;
- ottemperare alle richieste provenienti dal Ministero della Salute in materia di tempi di attesa;

- monitorare annualmente lo stato di attuazione dei Piani di contenimento dei tempi d'attesa definiti dalle Aziende / Aree Vaste.

È compito delle Aziende del Servizio sanitario regionale:

- fornire la massima trasparenza ai dati raccolti sui tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. Ai documenti e dati rilevati deve essere data adeguata diffusione mediante pubblicazione sui siti aziendali;
- garantire la qualità dei dati monitorati;
- fornire alla Direzione Regionale tutti i dati utili alla predisposizione dei monitoraggi richiesti;
- individuare un referente aziendale in materia di liste di attesa;
- l'azienda territoriale individuata come capofila nel "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" è responsabile della raccolta dei dati presso le strutture private convenzionate.

È compito delle strutture private accreditate:

- fornire la massima trasparenza ai dati raccolti sui tempi di attesa delle prestazioni sanitarie;
- garantire la qualità dei dati monitorati;
- mettere a disposizione dell'azienda territoriale capofila come individuata dagli accordi di Area vasta i dati necessari alle analisi richieste.

## **21. Monitoraggio dei ricoveri**

Il monitoraggio sull'attività di ricovero utilizza il flussi informativi della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e le informazioni delle agende di prenotazione dei registri di ricovero (cartacei o informatizzati), per monitorare l'andamento dei tempi d'attesa dei ricoveri previsti a livello nazionale / regionale (vedi tabelle n°6 e 7).

## **PARTE VIII**

### **RAPPORTI CON I CITTADINI**

#### **22. Informazione ai cittadini**

È obiettivo regionale garantire la massima trasparenza assicurando e promuovendo l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa.

Le Aziende sono tenute a definire modalità omogenee in Area Vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009.

A tal scopo, costituiscono oggetto minimo di informazione:

- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero programmato e relativi tempi massimi previsti;
- l'elenco dei punti di erogazione pubblici, privati accreditati e convenzionati e relative modalità di accesso alle prestazioni;
- i percorsi previsti a garanzia dei tempi d'attesa;
- responsabilità dei cittadini;
- i volumi e rapporti tra prestazioni istituzionali e prestazioni libero professionali intra-murarie;
- l'accessibilità e le procedure per suggerimento, reclami, disdetta, sanzioni e altre informazioni utili per l'utente;

Tali informazioni dovranno essere condivise con le associazioni a tutela degli utenti e di volontariato iscritte al registro regionale, e dovrà essere reso disponibile almeno presso le sedi URP, il sito internet aziendale, il sito internet della Regione, i CUP e gli studi di MMG e PLS.

#### **23. Responsabilità dei cittadini**

Il cittadino è tenuto a presentarsi in orario all'appuntamento prenotato. In caso di impossibilità a presentarsi ha l'obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 2 giorni prima (5 giorni prima per gli esami che richiedono una preparazione lunga).

La disdetta della prestazione prenotata può essere effettuata contattando il numero unico Call Center Salute e Sociale, oppure seguendo le indicazioni definite dall'Area Vasta.

La mancata presentazione o la disdetta intempestiva ad una prestazione prenotata causa un danno rilevante alla collettività e in particolare a quei cittadini che sono in attesa di una prestazione sanitaria; pertanto, nel caso non ci si presenti ad una prestazione prenotata senza aver prima disdetto, il cittadino

sarà comunque tenuto al pagamento di una sanzione pari al ticket della prestazione; fatte salve documentate situazioni eccezionali (malattia, ecc..). Di tale sanzione al cittadino deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione.

Le Aree Vaste devono regolamentare e rendere note al pubblico le modalità attivate per la disdetta secondo quanto definito nel capitolo 22 "Informazione ai cittadini".

Allo scopo di ridurre le mancate presentazioni agli appuntamenti, le Aree Vaste devono attivare strumenti atti a ricordare al cittadino l'appuntamento prenotato (promemoria di prenotazione cartaceo, sms, chiamata telefonica, e-mail, altro).

Il mancato ritiro dei referti (o equivalenti azioni in caso di documenti digitali) entro il termine di 60 giorni dalla data comunicata al cittadino per il ritiro, comporta il pagamento dell'intero costo della prestazione.

## PARTE IX

### CLAUSOLA VALUTATIVA

#### 24. Clausola valutativa

L'Assessore con delega alla salute, deve presentare entro il mese di febbraio di ogni anno, alla Commissione consiliare competente una relazione che illustra sia lo stato di attuazione delle disposizioni contenute nella L.R. 7/2009, sia i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.

La relazione la cui compilazione è a cura della Direzione centrale salute deve fornire risposte documentate ai seguenti punti:

- in che misura e per quali prestazioni i singoli enti del Servizio sanitario regionale hanno superato i tempi massimi di attesa previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini;
- quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamenti dei tempo massimi di attesa e quali sono gli esiti di tali provvedimenti;
- quali sono le modalità di applicazione degli strumenti di incentivazione introdotti e quali le eventuali criticità emerse nel renderli operativi;
- qual è andamento dei tempi di attesa e qual è l'opinione di esperti del settore e di utenti sulla velocità di fruizione delle prestazioni e sul funzionamento del sistema regionale di prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali.

La Direzione centrale salute e le competenti strutture del Consiglio e della Giunta devono coordinarsi al fine di garantire il rispetto del mandato informativo dell'assessore.

La relazione illustrativa, unitamente ai documenti consiliari che ne concludono l'esame, deve essere resa pubblica in particolare mediante pubblicazione nel sito web del Consiglio regionale.

**ALLEGATI**  
**ALLEGATO N°1**

**Modulo di segnalazione di chiusura agende**

Azienda:	
Progressivo:	
Codice della Struttura di erogazione (STS)	
Mese di competenza:	
Prestazione di cui si sospende la prenotazione (definizione e codice tariffario)	
Data in cui viene sospesa la prenotazione:	
Data prevista di ripresa delle prenotazioni:	
Causa della sospensione:	
Eventuali modalità alternative adottate (es. preappuntamento)	
Altri provvedimenti adottati:	
Segnalazione della sospensione in Area Vasta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Provvedimenti concordati in ambito di Area Vasta:	
Sospensione dell'attività libero professionale intra-moenia:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Firma del Direttore Generale.	

Istruzioni:

Il presente modulo, compilato in ogni campo, deve essere trasmesso entro la fine di ogni mese alla Direzione Centrale Salute per ogni chiusura avvenuta o prevista.