



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.