

LA GIUNTA REGIONALE

- visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 che definisce i livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale;
- visto l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002, con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa;
- visto l'accordo sancito dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002 con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sul documento di indicazioni per l'attuazione dell'accordo 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
- visto l'art. 1, comma 282 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della Salute;
- visto il Piano Nazionale di Governo dei tempi di attesa 2010-2012, approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 28-10-2010;
- considerato che l'art. 1, comma 280, della L. 23 dicembre 2005 n. 266 ha affidato al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) la certificazione della realizzazione, da parte delle Regioni, degli interventi in attuazione del Piano di cui al punto precedente;
- considerato che l'intesa di cui si tratta prevede che le Aziende USL adottino un programma attuativo aziendale entro 60 giorni dall'adozione dei piani attuativi regionali;
- richiamata la propria deliberazione n. 3466 in data 17 novembre 2006, concernente l'approvazione del programma regionale di contenimento delle liste di attesa e dei relativi atti di indirizzo all'Azienda USL della Valle d'Aosta, e successive modificazioni ed integrazioni;
- ritenuto necessario adottare opportune misure finalizzate a garantire l'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime ambulatoriale o in regime di ricovero secondo criteri di priorità basati su valutazioni di appropriatezza e di urgenza;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 3580 in data 23 dicembre 2010 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2011/2013 con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, del bilancio di cassa per l'anno 2011 e di disposizioni applicative;

- visto il parere favorevole di legittimità sulla presente proposta di deliberazione rilasciato dal Capo Servizio del Servizio sanità ospedaliera, nell'ambito dell'Assessorato sanità salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;
- su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Albert Lanièce;
- ad unanimità di voti favorevoli

D E L I B E R A

- 1) di approvare il programma regionale di contenimento delle liste di attesa ed i relativi atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, riportati nell'allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante;
- 2) di dare atto che il Piano attuativo Aziendale dovrà essere adottato entro il termine di 60 giorni decorrenti dall'adozione della presente deliberazione;
- 3) di trasmettere la presente deliberazione, entro 20 giorni dalla sua adozione, al Ministero della Salute e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- 4) di trasmettere la presente deliberazione all'Azienda USL per i successivi adempimenti di competenza;
- 5) di provvedere alla pubblicazione integrale della presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

PB/

Allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 1293 del 3/06/2011

PROGRAMMA REGIONALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA E RELATIVI ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA.

1. Criteri di priorità

La gestione dell'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate in regime ambulatoriale deve essere regolata dall'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva sia in quella di prenotazione, e dalla corretta identificazione delle prime visite o primi esami di diagnostica strumentale e dei controlli. A tale fine, è a cura del medico prescrittore l'indicazione nella ricetta della classe di priorità, del quesito diagnostico e della corretta identificazione delle prime visite e dei controlli. Spettano all'Azienda USL, con modalità che verranno definite nel piano attuativo aziendale, il controllo e la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva e l'adozione di provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità.

Nel caso in cui nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti.

Il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le singole classi di priorità deve essere garantito per tutte le prestazioni erogate dal SSR.

Le classi di priorità previste sono:

- **U – Urgente.** Pur non esistendo la condizione di intervento immediato, corrisponde alla necessità di interventi da espletarsi nel più breve tempo possibile in quanto il ritardo, al di là di ogni appropriato tempo di attesa, potrebbe condurre a:
 - rischio di compromissione rapida e severa dello stato di salute del paziente;
 - rischio provato che il ritardo nell'erogazione della prestazione comporti la compromissione dell'attività di recupero dello stato di salute;
 - impossibilità a svolgere le proprie e normali attività quotidiane in ragione dello stato di salute.

Tali prestazioni devono essere erogate nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore dalla data di prenotazione, seguendo percorsi di accesso preferenziali.

- **D - Differibile:** è riferita ai primi accessi la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve, ma vengono richiesti sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Devono essere erogati in tempi massimi non superiori a 30 giorni per le prime visite e entro 60 giorni per i primi accertamenti diagnostici strumentali, ad eccezione della rinuncia alla garanzia dei tempi massimi da parte dell'utente che, per libera scelta, rifiuta la prima data disponibile. Si definiscono quale primo accesso la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, la visita o la prestazione di approfondimento erogati da uno specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, la visita o l'accertamento strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del caso clinico.

- **P - Programmato**. Sono prestazioni per le quali non è definito il tempo massimo di attesa e comprendono:
 - visite/esami strumentali di controllo, programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente;
 - prestazioni inserite in programmi di prevenzione;
 - accertamenti disposti a fini certificativi;
 - prestazioni inserite in programmi di screening.
 -

Per visita o prestazione diagnostica strumentale di controllo si intende quella effettuata successivamente ad un primo contatto del paziente con la struttura erogatrice, in cui si rivaluta un problema già noto e si aggiorna o modifica la documentazione scritta esistente. Sono da ritenersi controlli:

 - le visite effettuate ai pazienti affetti da patologie croniche (ad eccezione di quanto previsto al punto precedente);
 - le visite per la rivalutazione a distanza della terapia;
 - le visite di follow-up;
 - le visita per la lettura degli accertamenti clinico-strumentali eventualmente richiesti.

Al fine di garantire tempi di attesa congruenti con la classe di priorità assegnata è indispensabile gestire in maniera distinta le prime visite dai controlli, 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.

Identificare in modo corretto la classe di priorità all'atto della prenotazione e gestire separatamente i percorsi di primo accesso dai controlli consente sia il corretto monitoraggio dei tempi di attesa, sia la chiarezza degli impegni che il SSR deve assumere nei confronti del cittadino.

In materia di controllo della domanda rimane assolutamente centrale il tema dell'appropriatezza delle prescrizioni, registrandosi troppo spesso un eccessivo ricorso a prestazioni diagnostiche prevalentemente strumentali ad elevata tecnologia e ad alto costo che non rispondono ai criteri previsti dalle linee guida che hanno ottenuto validazione scientifica. Per tale motivo l'Azienda, con modalità che dovranno essere definite nel piano attuativo aziendale, si impegna a promuovere l'adozione di linee-guida di percorsi che dovranno garantire il paziente attraverso la presa in carico, l'integrazione tra i diversi specialisti interessati, la continuità degli interventi e l'uso ottimale e razionale delle risorse disponibili. Sulla base delle linee-guida adottate e mediante il riconoscimento del medico prescrittore, l'Azienda USL dovrà effettuare, con cadenza trimestrale, una verifica dell'attività prescrittiva.

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

L'Azienda USL si impegna a garantire che, nel caso in cui un paziente necessiti di ulteriori prestazioni diagnostiche per la definizione di un quesito emerso contestualmente o successivamente ad una prima visita, sarà lo specialista che ha in carico il paziente a mettere in atto le misure opportune affinché tutti gli accertamenti necessari vengano eseguiti in un intervallo di tempo adeguato alle effettive condizioni di salute del paziente stesso.

2.1. Percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica

Il PDT deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso.

A seguito della prima visita specialistica, che dovrà essere garantita secondo le priorità indicate al punto 1., una volta confermato il sospetto clinico formulato, dovrà essere garantito l'avvio di un PDT che consenta la definizione puntuale del problema e l'esecuzione dell'atto terapeutico necessario alla sua soluzione entro i seguenti tempi massimi:

30 giorni per la fase diagnostica

30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica.

L'Azienda USL è tenuta a definire nel proprio Piano attuativo aziendale, per entrambe le aree e dove non fossero già in essere, le modalità di attuazione di specifici percorsi diagnostico terapeutici sulla scorta delle linee guida già disponibili in ambito nazionale ed internazionale, tenendo conto dei tempi massimi sopra indicati e promuovendo il coordinamento di tutte le azioni, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Per il monitoraggio dei tempi di attesa dei PDT saranno utilizzati i criteri individuati dall'Age.Na.S. in collaborazione con il Ministero della Salute.

3. CUP

Le prestazioni erogate in attività libero professionale intra-muraria o mediante la cosiddetta libera professione "allargata" svolta presso studi privati, dovranno essere centralizzate e prenotate mediante un sistema CUP dedicato, differenziato dal CUP utilizzato per l'attività istituzionale.

4. Attività libero professionale intramuraria

Le prestazioni erogate in regime libero professionale in favore dell'azienda costituiscono un possibile strumento per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi di attesa, in quanto tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale quando una ridotta disponibilità di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi consentiti. Questa libera professione aziendale andrà concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo (ticket).

Per quanto riguarda invece le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a suo totale carico, l'Azienda deve prevedere modalità di gestione separata delle prenotazioni rispetto alle prestazioni istituzionali erogate a carico del SSR, attraverso il CUP.

L'Azienda USL dovrà inoltre prevedere attività di verifica e controllo al fine di garantire l'equilibrato rapporto tra l'attività di libera professione e le prestazioni rese istituzionalmente.

I competenti Uffici dell'Amministrazione regionale provvederanno ad un monitoraggio semestrale dell'attività resa in regime di libera professione.

5. Informazione e comunicazione delle liste di attesa

L'Azienda USL dovrà garantire una corretta ed esaustiva informazione ai cittadini attraverso il periodico aggiornamento della carta dei servizi e del sito web aziendale, con il coinvolgimento dell'URP, e promuovendo iniziative periodiche volte alla rilevazione del grado di soddisfazione percepita della qualità dei servizi sanitari regionali.

Le informazioni dovranno essere esaustive circa:

- i tempi massimi d'attesa per le principali prestazioni sia ambulatoriale sia in regime di ricovero;
- l'organizzazione e l'articolazione delle prestazioni sulla base delle priorità cliniche e i relativi tempi d'attesa;
- la sospensione dell'erogazione di prestazioni entro 24 ore dal verificarsi con la motivazione;
- il corretto utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini/utenti;
- tutte le modalità di accesso e prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- le modalità di accesso alla libera professione intramuraria;
- la necessità e l'importanza della disdetta da parte del cittadino/utente di impossibilità o non volontà di usufruire della prestazione prenotata;
- l'elenco delle strutture nelle quali possono essere erogate le prestazioni;
- modalità di ritiro della refertazione.

Il materiale informativo dovrà avere una capillare distribuzione anche presso strutture di abituale accesso dei cittadini come farmacie, ambulatori medici, consultori.

Tale attività verrà monitorata in modo sistematico, sia per l'ambito ambulatoriale sia per quello di ricovero, con cadenza annuale e secondo modalità condivise con il Ministero della Salute.

Nella prospettiva di elaborazione di un corretto piano di comunicazione e nell'ottica di promuovere un maggior coinvolgimento degli utenti e delle loro associazioni, dovrà essere istituito, con cadenza annuale, un tavolo di confronto con le Associazioni dei consumatori.

6. Agende chiuse

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa solo per motivi tecnici quali i guasti alle apparecchiature o l'indisponibilità di operatori o tecnologie.

La sospensione dell'erogazione non può avvenire senza l'approvazione della direzione sanitaria dell'Azienda USL, che dovrà, entro 3 giorni dall'inizio della sospensione, darne comunicazione ai competenti servizi dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, specificando:

- di quale prestazione è stata sospesa l'erogazione;
- presso quale struttura;
- la data di sospensione;
- i motivi della sospensione;
- il tempo presunto di sospensione e le iniziative messe in atto per la risoluzione del problema.

L'Assessorato sanità, salute e politiche sociali provvederà a monitorare le sospensioni effettuate con cadenza semestrale.

E' in ogni caso vietata la sospensione delle prenotazioni. Nel caso in cui l'erogazione sia stata interrotta per i motivi di cui sopra, l'attività di prenotazione deve proseguire con due opzioni:

- calcolare e assegnare nuovi tempi in funzione della stima del periodo di interruzione
- fissare dei pre-appointamenti, ovvero indicare un periodo nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione, dando comunicazione all'utente che la data precisa verrà comunicata direttamente dall'Azienda oppure ottenuta mediante una telefonata ad un numero indicato.

Ai responsabili della violazione del divieto di sospensione delle prenotazioni verranno applicate le sanzioni previste dal comma 284 dell'art. 1 della Legge Finanziaria 2006.

E' ammesso il ricorso alla forma di "pre-appuntamento" limitatamente alle prestazioni per le quali, a causa di peculiarità organizzative legate alla formazione dei turni degli specialisti, non sia possibile stabilire con anticipo di 60 giorni il calendario di esecuzione delle stesse.

In questi casi l'Azienda si impegna a trasmettere ai competenti uffici dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali l'elenco delle prestazioni interessate e a comunicare all'utente, con un preavviso minimo di una settimana, la data e l'orario di esecuzione della prestazione dopo aver recepito la richiesta ed aver garantito l'erogazione della prestazione secondo l'ordine cronologico di ricevimento della richiesta e nel rispetto della priorità clinica.

7. Monitoraggio dei tempi di attesa

La Deliberazione della Giunta regionale n. 4525 del 21 dicembre 2005 ha istituito un flusso informativo delle prestazioni ambulatoriali, che prevede la differenziazione delle prestazioni sulla base delle classi di priorità assegnate nonché l'indicazione delle date di prenotazione ed erogazione delle stesse.

L'Azienda USL della Valle d'Aosta dovrà provvedere affinché almeno il 90% delle prestazioni erogate presso le proprie sedi, sia presso l'ospedale sia presso i poliambulatori, venga inserito in tale flusso e che la classe di priorità indicata per ogni prestazione sia coerente con quanto indicato al punto 1. relativamente alla differenziazione tra primo accesso e visita/esame strumentale di controllo. Per le prestazioni con accesso ambulatoriale ordinario non è ammessa la mancata indicazione della classe di priorità.

7.1 Monitoraggio ex post

L'Assessorato provvederà trimestralmente, sulla base dei dati forniti dal flusso in questione, al monitoraggio ex post dei tempi di attesa relativi alla totalità delle prestazioni erogate.

Il Ministero della Salute attiverà un monitoraggio dei tempi di attesa ex post, attraverso il flusso informativo dell'art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio le quali, con decorrenza 1° gennaio 2011, diventano campi obbligatori.

Tali campi sono:

- 1) data di prenotazione;
- 2) data di erogazione;

- 3) tipo di accesso;
- 4) classe di priorità;
- 5) garanzia dei tempi massimi;
- 6) codice della struttura che ha evaso la prestazione.

7.2 Monitoraggio ex ante

Con cadenza semestrale verrà effettuato un monitoraggio basato sulla rilevazione dei tempi di attesa per specifiche prestazioni ambulatoriali in un periodo indice stabilito a livello nazionale, in continuità con i monitoraggi condotti negli anni passati in collaborazione con l'Age.Na.S.

8. Misure previste nel caso di superamento dei tempi massimi

Al fine di evitare e/o contenere il superamento dei tempi massimi di attesa previsti dalla presente deliberazione, l'Azienda USL metterà in atto le misure necessarie al contenimento della domanda, con azioni mirate all'applicazione di criteri clinici di appropriatezza e alla diffusione dell'informazione/formazione del cittadino e delle Associazioni che lo rappresentano, e con azioni organizzative aziendali.

9. Individuazione delle strutture nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa sono garantiti

Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi massimi di attesa previsti, l'Azienda USL potrà avvalersi di strutture private accreditate regionali ove possibile e, nel caso di prestazioni non eseguibili in loco, di apposite convenzioni con strutture accreditate extraregionali.

10. Classi di priorità dei ricoveri

I criteri per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un ricovero programmato sono stabiliti, sulla base di quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002, mediante la suddivisione in quattro categorie:

CLASSE A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

CLASSE B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano dolore intenso, 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 definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Tale caratterizzazione va applicata sia ai ricoveri in regime ordinario sia ai ricoveri in day hospital.

Nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici, laddove sia posta l'indicazione all'intervento chirurgico, l'accesso al ricovero verrà programmato sulla base della classe di priorità attribuita dallo specialista che ha preso in carico il paziente.

11. Liste di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmati

Ogni Direttore di Struttura è responsabile della pianificazione dei ricoveri programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza ed imparzialità. E' altresì responsabile dell'individuazione di un sistema di criteri, esplicito e documentato, per l'assegnazione delle priorità ai pazienti in lista nonché dell'attivazione di eventuali azioni correttive qualora si verificano scostamenti significativi rispetto agli standard previsti.

L'ordine di priorità dei pazienti deve in ogni caso basarsi sulla classe di priorità assegnata, sulla data di inserimento in lista e, nell'ambito della stessa classe di priorità, su criteri di gravità clinica.

Responsabile della proposta di ricovero è il medico che effettua la visita specialistica, egli è inoltre responsabile del corretto inserimento del paziente in lista di prenotazione e della completa informazione al paziente circa i tempi di attesa per il ricovero.

L'Azienda USL dovrà disporre affinché le singole strutture provvedano, con cadenza almeno annuale, alla pulizia delle liste.

Il flusso informativo delle liste di prenotazione dei ricoveri dovrà essere trasmesso mensilmente ai competenti uffici dell'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali.

12. Programma attuativo Aziendale

Entro 60 giorni dall'adozione del presente Programma regionale ed in conformità con gli obiettivi nel medesimo enunciati, l'Azienda USL della Valle d'Aosta è tenuta ad adottare un programma attuativo aziendale, che dovrà essere trasmesso all'Assessorato sanità, salute e politiche sociali.