Bur n. 66 del 25/07/2006

(Codice interno: 190606)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2066 del 27 giugno 2006

Primo provvedimento preliminare di recepimento dell'Intesa tra il Governo e Regioni sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 -. Aggiornamento ed integrazione DGR n. 3535 del 12 novembre 2004 .

[Sanità e igiene pubblica]

L' Assessore alle Politiche Sanitarie Sig. Flavio Tosi, riferisce quanto segue:

La recente Legge 23.12.2005 n. 366 (legge finanziaria 2006), all'articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309 affronta il tema dei tempi e delle liste d'attesa con disposizioni vincolanti ed indirizzi per il successivo Piano Nazionale per il contenimento dei Tempi di Attesa, Piano approvato in sede di Conferenza Stato Regioni nella seduta del 28.3.2006.

Con tale Piano è stato condiviso un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che tiene conto dell'applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisce la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i diversi livelli istituzionali deputati a contrastare il fenomeno.

Il Piano stesso prevede che le Regioni approvino, entro i successivi 90 giorni, i propri piani attuativi regionali, la cui coerenza con il Piano Nazionale verrà certificata, secondo specifiche linee guida, dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Riguardo all'attuazione del Piano Nazionale di cui trattasi Commissione Salute, nella riunione del 24 maggio 2006, ha rilevato alcuni punti che presentano criticità per il recepimento dello stesso e la conseguente definizione dei propri piani da parte delle Regioni.

Dette criticità possono così riassumersi:

Ø il Comitato Lea è incaricato di valutare i piani attuativi regionali con specifiche linee guida che, però, non sono ancora state redatte;

Ø le Regioni che non adotteranno tali piani attuativi dovranno far riferimento agli standard nazionali; tali standard non sono, però, ancora stati definiti;

Ø la Commissione Nazionale di Appropriatezza dovrà regolamentare le sanzioni economiche previste per i responsabili delle sospensioni delle prenotazioni: tale Commissione, tuttavia, non è ancora stata nominata;

Ø il Piano Nazionale prevede il monitoraggio di prestazioni che presuppongono la conoscenza della diagnosi; attualmente, però, dai flussi informativi non può essere rilevato il sospetto diagnostico;

Ø il Piano Nazionale prevede che per le prestazioni individuate, ogni ASL indichi le strutture presso le quali si garantisca al cittadino l'accesso entro i tempi massimi indicati dalla Regione, senza indicare quali caratteristiche debbano avere tali strutture;

Ø il Piano Nazionale da libertà alle Regioni di stabilire ed applicare i propri criteri di priorità: si profila il rischio, pertanto, di non poter confrontare i dati tra le diverse regioni;

Ø il monitoraggio di sistema e il monitoraggio specifico sarà gestito direttamente dal Ministro della salute.

Commissione Salute ha comunque convenuto sulla necessità, per le Regioni, di dare seguito, entro i tempi stabiliti, a quanto previsto dall'Intesa, seppure con un primo programma preliminare, e ha contemporaneamente previsto di sottoporre il problema delle criticità alla sopra richiamata Commissione permanente.

Pertanto al fine di diminuire le disomogeneità nei comportamenti delle regioni che si potrebbero verificare in questa fase, Commissione Salute ha ritenuto di dover fornire, in prima battuta, un percorso applicativo/esplicativo per l'elaborazione del Piano, prevedendo la redazione di due distinti provvedimenti:

o un primo provvedimento effettua la ricognizione degli atti in materia già adottati o da adottare in coerenza con quanto previsto dal Piano Nazionale e stabilisce i tempi massimi di attesa solo per le prestazioni espressamente individuate dal percorso succitato.

o un secondo provvedimento perfeziona il Piano regionale in coerenza e sulla scorta delle linee guida e dei chiarimenti, rispetto alle criticità segnalate, e individua i tempi complessivi per la garanzia dell'intero processo di diagnosi e cura. per le prestazioni considerate quali indagini successive nell'ambito di specifici percorsi diagnostico terapeutici di ciascuna area (provvisoriamente espunte dall'elenco di cui al punto 3 dell'Intesa).

******

Ciò premesso la Regione Veneto con DGR n. 3535 del 12.11.2004 ha elaborato un programma, organicamente e puntualmente articolato sia nelle azioni che nella tempistica, denominato "Riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ai fini del contenimento delle liste d'attesa", finalizzato ad assicurare il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni stesse.

Tale programma, ormai in fase avanzata di realizzazione da parte delle aziende Ulss e Ospedaliere venete, ha già messo in atto molti degli interventi/adempimenti previsti dall'attuale Piano Nazionale.

Si tratta ora, pertanto, di integrare e aggiornare detto programma con le azioni di seguito evidenziate, adottando, in conformità alle direttive impartite da Commissione Salute, un primo atto di recepimento del Piano Nazionale, rinviando la piena attuazione dello stesso ad un momento successivo, nel quale verranno altresì coordinati, con un nuovo testo, tutti i provvedimenti regionali in materia.

Si prevede di utilizzare, per la realizzazione del programma di cui sopra, la parte di risorse che lo Stato metterà a disposizione delle Regioni ai sensi dell'articolo 1 comma 34 della Legge 662/1996 per il triennio 2006-2008.

Ferma restando la strategia individuata con la DGR n. 3535/2004 su menzionata, che prevede un momento programmatorio organico che coinvolge tutti gli attori del sistema ed agisce attraverso pattuizioni condivise per l'offerta di prestazioni e la gestione della domanda, si ritiene di incardinare le ulteriori azioni da porre in essere nei tre distinti fronti: informazione e comunicazione, domanda e offerta di prestazioni.

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Per quanto concerne gli adempimenti relativi già con la deliberazione 3535/2004 si ritiene siano stati dettati in linea di massima i criteri che le Aziende devono seguire per promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa

Il "Tavolo di Monitoraggio" istituito con decreto regionale n. 1 dell1 febbraio 2005, strumento di coinvolgimento delle associazioni rappresentative degli utenti, sta attualmente, tramite apposito gruppo di lavoro operante al suo interno, definendo strategie comunicative appropriate e differenziate sul tema liste di attesa rivolte a: cittadini, operatori sanitari, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta, Specialisti Ambulatoriali, Medici convenzionati, Amministrativi ospedalieri.

Dette strategie saranno oggetto di ulteriore indirizzo regionale per le aziende sanitarie che comunque sono richiamate, ove non fossero ancora a pieno intervenute, a porre in essere tutte le direttive già impartite.

DOMANDA

Per quanto concerne gli adempimenti relativi al governo della domanda, già con la deliberazione 3535/2004 sono state adottate, in conformità all'Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002, per l'attività ambulatoriale, le classi di priorità ivi previste.

A tale proposito si evidenzia che il Piano Nazionale Liste di Attesa ha comportato un'accelerazione nel rendere obbligatorie una serie di azioni, tra le quali l'indicazione all'uso sistematico delle classi di priorità come primo strumento per garantire l'equità e la risposta tempestiva ai bisogni dell'utente.

I principi di priorità devono ispirare non solo l'erogatore ma soprattutto il medico prescrivente il quale, anche nella consapevolezza dei limiti della capacità di offerta delle prestazioni, deve selezionare per criteri di priorità l'accesso dell'utente alla prestazione stessa gia all'atto della prescrizione. Pertanto le Aziende Ulss, sono chiamate a coinvolgere tutti i medici prescriventi operanti nel proprio territorio affinché procedano sistematicamente all'utilizzo delle classi di priorità alle quali vanno riportate tutte le richieste di prestazioni ambulatoriali e di ricovero anche a prescindere da procedure operative esplicite (percorsi diagnostici definiti e/o predefinite condizioni cliniche del paziente per l'accesso a determinate prestazioni).

Il Piano, sempre per quanto attiene il governo della domanda, prevede che le Regioni stabiliscano il tempo massimo di attesa per le prestazioni di cui al punto 3 dello stesso.

In questa prima fase, come da indicazione dell' 8.6.06 di Commissione Salute, le Regioni sono tenute a stabilire i tempi massimi solo per le 54 prestazioni, espressamente indicate, ritenute, per la formulazione di una diagnosi, di primo accesso, nell'ambito di ciascuna delle aree considerate - A) area oncologica, B) area cardiovascolare, C) materno infantile, D) geriatria, E) visite di maggior impatto - , per le quali, quindi, è più urgente la definizione di un tempo massimo

Le altre prestazioni (es. broncoscopia, biopsia della prostata, radioterapia, ricovero) sono da considerarsi quali prestazioni di seconda istanza, nell'ambito di un già avviato percorso diagnostico terapeutico, e che, generalmente, sono programmate sulla scorta di un'indicazione posta dallo specialista: il tempo d'attesa per queste prestazioni deve essere definito, quindi, all'interno di uno specifico profilo di cura, che richiede una garanzia temporale complessiva, da non intendersi come somma delle singole fasi (in tale evenienza si correrebbe il rischio, infatti, di dilatare i tempi totali in modo incongruo con il bisogno di assistenza).

Si propone, pertanto, con riferimento a ciascuna delle suddette aree, di individuare e adottare i tempi massimi facendo riferimento agli standard previsti nell'Accordo 11 luglio 2002.

Aree B, C, D e E

Relativamente a tali aree, l'applicazione delle classi di priorità, come già identificate e adottate dalla DGR n. 3535/2004, consente di individuare quale tempo massimo di attesa per le prestazioni sotto riportate, quelli previsti dalle "classi di priorità A e B"

B. Area Cardiovascolare (numero prestazioni = 7)

Prestazioni ambulatoriali

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
25	Visita cardiologica	89.7	89.7
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7
Ecografia			
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2
Esami Specialistici			
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50

C. Area Materno Infantile (numero prestazioni = 1)

Prestazioni ambulatoriali

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26

D. Area Geriatrica (numero prestazioni = 7)

Prestazioni ambulatoriali

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
41	Visita neurologica	89.7	89.13
TC con o senza contrasto			
42	**Capo**	87.03	**87.03 - 87.03.1**
43	**Rachide e speco vertebrale**	88.38	**88.38.2 - 88.38.1**
44	Bacino	88.38	88.38.5
Esami Specialistici			
45	Audiometria	95.41	95.41.1
46	Spirometria	89.37	89.37.1 - 89.37.2

47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1

E. Visite specialistiche di maggior impatto (numero prestazioni = 5)

Prestazioni ambulatoriali

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
50	Visita dermatologica	89.7	89.7
51	Visita oculistica	95.0	95.02
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7
53	Visita ortopedica	89.7	89.7
54	Visita urologica	89.7	89.7

Area A- oncologica

Al fine di assicurare al paziente oncologico o con sospetta neoplasia un iter diagnostico-terapeutico definito e garantito, si introducono, per le prestazioni sotto riportate

| **A. Area Oncologica (numero prestazioni = 13)**

Prestazioni ambulatoriali

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
1	Visita oncologica		89.7
Radiologia			
3	Mammografia	87.37	87.37.1 - 87.37.2
TC con o senza contrasto			
4	Torace	87.41	87.41 - 87.41.1
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 - 88.01.1
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 - 88.01.3
7	Addome completo	88.01	88.01.6 - 88.01.5
Risonanza Magnetica			
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5
Ecografia			
10	Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
11	Mammella	88.73	88.73.2
Esami Specialistici			
12	Colonscopia	45.23	45.23
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 - 45.16

i seguenti tempi massimi:

- effettuazione, nel caso di sospetta neoplasia, della prima visita specialistica entro **15 giorni** e delle prestazioni diagnostiche sopra indicate **entro 60 giorni**, che decorrono dalla data di prenotazione; nel **caso di "sospetto consistente"ridotti a 10 giorni** in quanto rientranti nella "classe di priorità A" i tempi massimi sono

- effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna: **entro 30 giorni** dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista

- inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, **entro 30 giorni** dal momento indicato da parte dello specialista.

Tenuto conto della complessità dell'area, si ritiene opportuno adottare la scelta operata a livello nazionale, chiamando le Aziende sanitarie a garantire, per le prestazioni succitate, i tempi massimi di accesso sopra individuati, innanzitutto per gli specifici ambiti, quali il tumore al polmone, alla mammella e all'apparato gastroenterico, genito-urinario, neurologico.

La tutela del diritto del cittadino all'accesso alle prestazioni sanitarie in tempi congrui costituisce un mandato innanzitutto delle Aziende Sanitarie Locali, che devono porre in atto le opportune misure per garantire la tutela del principio, che non è peraltro da declinare per ogni singolo erogatore ma per area territoriale che a seconda della complessità della prestazione può essere considerata distrettuale, aziendale o sovra-aziendale.

Le Aziende sono pertanto tenute, mediante i gruppi di lavoro integrato ospedale - territorio, costituiti in adempimento alla D.G.R. n. 3535 del 12 novembre 2004, ad adottare protocolli diagnostico-terapeutici che consentano, nel caso di pazienti con sospetta neoplasia, di concludere 1'iter diagnostico pervenendo quindi ad una diagnosi definitiva ed iniziare il trattamento, di norma, **entro 4 settimane dal primo contatto** (visita specialistica) con la struttura.

A tal fine, viste le significative ripercussioni che le patologie oncologiche determinano sui pazienti e sulle loro famiglie e il rilevante impatto economico che la spesa per l'assistenza ai malati oncologici determina (tale spesa diviene tanto più gravosa quanto più avanzata è la patologia.), sempre più urgente appare la necessità di adoperarsi per sviluppare dei percorsi "unici e preferenziali" per l'accesso alle prestazioni da parte dei pazienti oncologici.

La definizione di tali percorsi si ritiene debba partire, ad esempio, dalla contestuale individuazione di fasce dell'attività lavorativa giornaliera e di spazi da destinarsi esclusivamente alla diagnosi e all'assistenza di pazienti affetti da neoplasia.

L'entità di tali fasce deve essere definita sulla base del rapporto tempi di attesa/domanda di prestazione: in tal senso appare utile, oltre che proficuo, che le Aziende pervengano ad accordi con gli specialisti affinché una parte dell'attività sia adoperata per le azioni di governo dell'offerta ai fini suddetti, attraverso gli strumenti individuati dalla D.G.R. n. 3535 del 12 novembre 2004 relativamente all'ambito organizzativo, funzionale e strutturale dell'azienda.

Il perseguimento degli obiettivi sopra individuati non intende sostituire le attività di screening già in atto ma è integrativo, in quanto interessa pazienti che hanno già un sospetto diagnostico o una diagnosi di neoplasia.

-

Per tutte le prestazioni sopra elencate distinte per area, oggetto di futuro "monitoraggio specifico" (punto 7.2 del Piano Nazionale) si prevede di introdurre una specifica classificazione (es. l'utilizzo del codice G - prestazione garantita nei tempi massimi previsti) per migliorare la tracciabilità nei flussi informativi.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, tenendo conto del principio secondo il quale i. livelli essenziali di assistenza devono essere attuati in maniera omogenea sul territorio nazionale, risulta necessario condividere il sistema di classificazione unico nazionale, adottando per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione (ricoveri programmabili) le Classi di Priorità individuate dall' Accordo Stato-Regioni approvato 1'11 luglio 2002, di seguito elencate:

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
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 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
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.

In sede di prima applicazione di detti criteri, a livello aziendale o interaziendale dovranno essere prioritariamente definite le specifiche clinicheche costituiranno la griglia di valutazione per l'assegnazione delle classi di priorità esposte, con riferimento alle prestazioni di ricovero individuate in base alle esigenze ed evidenze specifiche dell'area territoriale, le cui attese, risultano critiche.

I lavori prodotti dai gruppi integrati ospedale-territorio di ciascuna azienda dovranno essere trasmessi all'amministrazione regionale che, coinvolgendo in apposito tavolo di lavoro anche le società scientifiche, provvederà alla loro standardizzazione con proprio provvedimento da valere su tutto il territorio veneto.

In sostanza al paziente dovrà essere garantito l'inserimento nelle liste di attesa avendo come riferimento classi definite in relazione allo stato clinico presente.

Tenendo conto della relativa facilità di applicazione di dette classi si ritiene auspicabile che le Aziende sanitarie si attivino per individuare le specifiche cliniche per applicare tali criteri a tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a sensibilizzare in maniera adeguata le strutture erogatrici in modo da garantirne l'applicazione. Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere, infatti, di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico

L'adozione di tali classi di priorità implica, l'inserimento, nellascheda di dimissione ospedaliera (SDO), delle informazioni "data di prenotazione" e "classe di priorità" già previsto a livello regionale con decreto n.32 del 19.12.2005 come "campo obbligatorio", la cui compilazione dovrà avvenire, ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa, in applicazione del Piano Nazionale, a decorrere dall'1.1.2007.

A proposito dell' informazione "data di prenotazione", da intendersi data d'inserimento del paziente nell'Agenda di prenotazione, appare opportuno precisare che lo scopo della rilevazione è quello di avere un quadro preciso del tempo che intercorre tra la convalida del bisogno di ricovero da parte dello specialista dell'Unità Operativa competente e la realizzazione dello stesso.

È evidente, pertanto, che la data da utilizzare per la compilazione del campo "data di prenotazione" è quella relativa al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della struttura, e non già quello meramente organizzativo relativo al momento dell'attribuzione precisa di una data per il ricovero.

Dal monitoraggio nazionale dei tempi di attesa è, peraltro, emerso che la rilevazione della data di prenotazione dei ricoveri rappresenta un problema metodologico perché nella maggior parte delle aziende sanitarie vi è una scarsa formalizzazione e centralizzazione delle procedure adottate, che vengono, invece, spesso autonomamente definite dalle singole Unità Operative, raramente in modo esplicito con ovvie conseguenze in termini di affidabilità del dato.

Nel merito va ricordato che già la legge 23 dicembre 1994 n.724 (art.3 comma 8) prevedeva l'obbligo del registro per i ricoveri ospedalieri, sotto la diretta responsabilità dei direttori sanitari.

Si rende necessario, pertanto recepire ed adottare, ai fini di omogeneità sul territorio regionale e per supportare in tal senso le aziende sanitarie e ospedaliere nonché le strutture private pre-accreditate, in accordo contrattuale, le "linee guida" per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili prodotte dall'Agenzia Servizi Sanitari Regionali nell'ambito del progetto Mattone Tempi di Attesa.

OFFERTA

Per quanto attiene gli adempimenti relativi, fermo restando quanto già attuato con la deliberazione n. 3535/2004, già in linea con il Piano Nazionale, necessità tuttavia modificare alcune direttive con la stessa impartite e conseguentemente adottare gli aggiornamenti di seguito riportati.

Secondo quanto disposto dal comma 282 dell'articolo 1 della Legge finanziaria 2006 n.266 del 23.12.2005 è vietato, alle Aziende sanitarie pubbliche e private pre - accreditate in accordo contrattuale, sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al DPCM 29.12.2001, pena l'applicazione, ai soggetti responsabili, della sanzione amministrativa di cui al comma 284 dello stesso articolo, comminata dalla Regione secondo i criteri fissati dalla Commissione Nazionale prevista dal comma 283.

Nel ritenere che tale divieto sia immediatamente operativo a prescindere dagli adempimenti della Commissione le Aziende di cui sopra sono tenute ad ottemperarvi sin d'ora.

E' consentita, invece, la sospensione dell' "erogazione delle prestazioni (LEA)" purchè dovuta a motivi tecnici.

Nel prendere atto delle "linee guida per la sospensione dell'erogazione" presenti nel documento prodotto dall'ASSR - Mattone Tempi di attesa - , utile riferimento in materia, si rinvia a successivo provvedimento l'adozione della disciplina che regolamenta i casi di cui trattasi, al fine di sentire, come previsto dalla legge stessa, le associazioni in difesa dei consumatori e degli utenti.

Per quanto attiene il Centro Unico di Prenotazione le Aziende hanno provveduto a:

· perfezionare il Sistema Unificato di Prenotazione **realizzando il Cup aziendale unico**, con l'informatizzazione della maggior parte delle agende cartacee e l'inserimento di tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate;

· realizzare il **CUP provinciale**. **Quest'ultimo a decorrere dall'1/1/2006 è attivo** ma non a regime in quanto non tutte le prestazioni sono condivise e prenotabili; il processo è infatti complesso e richiede tempo; necessita l'attivazione di modalità di integrazione interaziendale delle funzionalità delle applicazioni CUP, mediante la definizione concordata dei nomenclatori e la standardizzazione delle modalità di gestione delle agende.

Sul piano tecnico, è in corso di evoluzione l'adozione di soluzioni di cooperazione applicativa, secondo gli standard di integrazione delle applicazioni di prenotazione sviluppati dal progetto di e-government IESS (co-finanziato dal Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie e gestito dalla Direzione Regionale Risorse Socio Sanitarie - Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche), comunicati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del Veneto con nota prot. n. 26958/50.02.60 del 4 giugno 2003

Le Aziende sono pertanto tenute a completare lo sviluppo, nei propri sistemi aziendali, di tali soluzioni, provvedendo inoltre a rendere possibile la prenotazione da parte dell'utente differenziata in funzione della classe di priorità assegnata.

Per quanto concerne l' esercizio della libera professione intramuraria nel richiamare le direttive già impartite con la DGR.3535/2004 e le linee guida fornite, da ultimo, alle aziende con la DGR n. 360 dell'11/2/2005, e in particolare si invitano le Aziende Ulss a sviluppare l'aspetto relativo all'acquisto di prestazioni ambulatoriali aggiuntive dal personale strutturato e dagli specialisti ambulatoriali interni, nel rispetto delle norme di legge e contrattuali e in conformità alle indicazioni regionali vigenti in merito prioritariamente per le prestazioni le cui attese risultano critiche.

Tra gli adempimenti previsti dal suddetto Piano Nazionale a carico delle Aziende sanitarie è richiesta la specificazione delle strutture nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa stabiliti devono essere garantiti e la determinazione delle misure da applicare in caso di superamento degli stessi, senza oneri a carico, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente.

Pur non essendo espressamente previsto dal Piano Nazionale, si ritiene opportuno che le suddette individuazioni da parte delle aziende avvengano, ai fini di omogeneità sul territorio regionale e a tutela dell'equità di accesso dei cittadini utenti, secondo criteri di massima che verranno definiti con successivo provvedimento dall'amministrazione regionale; gli stessi, comunque, saranno orientati a distinguere tra le prestazioni da garantire ovunque (prestazione base) e quelle da garantire in un ampio bacino d'utenza (media alta complessità) e ad escludere forme di ristoro, privilegiando, invece, possibilità di "offerta" alternativa aggiuntiva.

Comunque le Aziende dovranno ottemperare alla stesura del proprio programma solo a seguito dell'avvenuta valutazione della congruità del Piano regionale da parte della Commissione Lea.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione in argomento ai sensi dell'art. 33 - 2° comma dello Statuto - il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale

VISTA la Legge 23.12.2005 n. 366

VISTA la DGR 3535 del 12 novembre 2004

VISTO il Piano Nazionale di contenimento dei Tempi di attesa approvato in sede di Conferenza Stato Regioni nella seduta del 28.3.2006.

VISTO la nota prot. n. 26958/50.02.60 del 4 giugno 2003

VISTA laDGR n. 360 dell'11/2/2005

delibera

1. Di approvare integralmente, secondo quanto esposto in premessa, in recepimento del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa triennio 2006/2008 di cui all'Intesa Governo - Regioni rep. n. 2555 del 28.3.2006, l'integrazione e l'aggiornamento del programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui alla DGR n. 3535

del 12.11.2004,

2. Di dare atto, per le motivazioni in premessa riportate, che la presente deliberazione costituisce il primo provvedimento di recepimento del sopra citato Piano Nazionale, rinviando la piena attuazione dello stesso ad un momento successivo nel quale verranno altresì coordinati, con un nuovo testo, tutti i provvedimenti regionali in materia , secondo le linee guida che approverà il Comitato Nazionale Permanente per verifica dell'erogazione dei Lea; conseguentemente solamente il secondo provvedimento verrà trasmesso al suddetto Comitato per la certificazione di coerenza al Piano Nazionale.

3. Di dare atto che in questa prima fase di recepimento del Piano Nazionale le Aziende Ulss non sono tenute a produrre i relativi provvedimenti attuativi che dovranno essere redatti, invece, entro 90 giorni dall'avvenuta certificazione da parte del Comitato Lea della congruità del Piano Regionale.