



## Piano Regionale Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA)

**1. Tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero.**

La Regione del Veneto governa attualmente i tempi di attesa massimi per le prestazioni ambulatoriali e per le prestazioni erogate in regime di ricovero per acuti mediante la normativa di seguito riportata.

La Legge Regionale 28 dicembre 2016, n. 30 all'articolo 38 comma d), individua i tempi di attesa, divisi in classi di priorità, entro cui le Aziende ULSS, le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS devono erogare le prime visite o le prime prestazioni.

Le tempistiche indicate dalla L.R. 30/2016 sono più favorevoli all'utente rispetto a quelle indicate nel PNGLA e pertanto nella Regione del Veneto restano in vigore le classi e i tempi di attesa già in uso, come dalla seguente tabella.

Tabella 1.

Classe di priorità	PNGLA 2019-2021	Legge Regionale 30/2016
Classe U (urgente)	Comunque entro 72 ore	Entro 24 ore dalla prenotazione
Classe B (breve)	Entro 10 giorni	Entro 10 giorni dalla prenotazione
Classe D (differibile)	Entro 30 giorni per le visite entro 60 giorni per le prestazioni diagnostiche	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe P (programmata)*	Da eseguire entro 120 giorni **	Entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore

\* nella legge regionale 30/2016 viene usato il termine programmabile

\*\* fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni.

La L.R. 30/2016 all'articolo 38 comma 4 lettera f), stabilisce che almeno il 90% delle prestazioni prioritarie deve essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità. Per le prestazioni in classe B il rimanente 10% deve essere erogato entro ulteriori 10 giorni; mentre il 10% delle prestazioni in classe di priorità D e P non soddisfatte nei rispettivi tempi di attesa deve essere soddisfatto entro ulteriori 30 giorni.

Resta comunque valida la facoltà della Giunta Regionale di stabilire percentuali di soddisfacimento diverse con propri atti anche attraverso l'individuazione di obiettivi per i Direttori Generali (DGR 8 marzo 2019, n. 248 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti SSR per l'anno 2019").

Come già stabilito dalla DGR 15 novembre 2016, n. 253IIM, resta valido lo strumento delle liste di galleggiamento (cui si fa riferimento nella DGR del 12 marzo 2013, n. 320 con il termine pre-appuntamento che coincide con il concetto di pre lista del PNGLA).

La lista di galleggiamento ha lo scopo di:

- Prendere in carico l'utente evitandogli uno stillicidio di successivi accessi agli sportelli CUP o telefonate al call-center (...)
- Attivare da parte dell'Azienda sanitaria qualsiasi misura ritenuta idonea per garantire all'assistito l'erogazione della prestazione richiesta entro la tempistica corrispondente alla classe di priorità prescritta;
- Farsi carico, successivamente, di ricontattare l'utente per completare la prenotazione precedentemente sospesa.

I tempi di galleggiamento vengono così determinati:



08164aef



- 48 h lavorative per le prestazioni con classe di priorità B;
- 4 giorni lavorativi per le prestazioni con classe di priorità D o P.

I succitati termini decorrono dal momento del primo contatto dell'utente con la struttura sanitaria attraverso qualsiasi canale e tale data dovrà essere registrata a sistema e comunque sempre tracciata e comunicata all'utente in forma scritta.

Anche i tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici correlati alle classi di priorità sono stati definiti al comma 16, art. 38 sempre della L.R. 30/2016, a partire dall'anno 2017. Come si evince dalla Tabella 2 anch'essi risultano più favorevoli per il paziente rispetto a quelli indicati nel PNGLA:

Tabella 2.

Classe di priorità	PNGLA 2019-2021	Legge Regionale 30/2016
Classe A	Entro 30 giorni dalla prenotazione	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe B	Entro 60 giorni dalla prenotazione	Entro 60 giorni dalla prenotazione
Classe C	Entro 180 giorni dalla prenotazione	Entro 90 giorni dalla prenotazione
Classe D	Senza attesa massima comunque entro 12 mesi	Classe D entro 180 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore
		Classe E almeno entro 12 mesi

Il rispetto dei valori dei tempi massimi di attesa per le percentuali dei ricoveri programmati con priorità A (entro 30gg.), si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019), il valore mediano osservato della distribuzione (secondo quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al terzo quartile. Successivamente a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90% indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

### ***2. Apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.***

La L.R. 30/2016, art. 38 comma 13, ha modificato quanto già previsto dalla DGR 320/2013, con l'obiettivo di offrire all'utente fasce orarie alternative di accesso alle prestazioni sanitarie, assicurando ordinariamente i servizi ambulatoriali attraverso l'apertura delle strutture fino alle ore 23.00, per almeno 3 giorni alla settimana, e dalle 8.00 alle 12.00 la domenica ed i giorni festivi.

### ***3. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini.***

Il PNGLA prevede che le apparecchiature di diagnostica per immagini siano utilizzate almeno per l'80% della loro potenzialità. Uno studio, ha rilevato l'utilizzo delle RM e delle apparecchiature TC in tutta la Regione del Veneto prendendo in considerazione le strutture pubbliche e gli erogatori privati accreditati.

La distribuzione della popolazione in correlazione alla conformazione orografica del territorio veneto giustifica una diversa distribuzione delle macchine in parola anche a scapito dello standard indicato di piena potenzialità delle stesse.

Si tenderà entro il 2021 a riportare tutta l'attività entro il valore dell'80% dove possibile.

La DGR 19 luglio 1991, n. 4119, nell'ambito della promozione di tutte le strategie finalizzate al Governo delle Liste d'Attesa indicava che le grandi apparecchiature dovessero essere utilizzate per almeno 12 ore al giorno su sei giorni alla settimana. Tale indicazione è stata ripresa dalla L.R. 30/2016 all'articolo 38 comma 13, con l'intento di aumentare la potenzialità operativa delle RM e delle TC in un'ottica di continuo miglioramento.



08164aef



**4. Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi.**

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali vale ricordare che il PNGLA prende in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al quesito diagnostico posto; tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni richieste in classe U e le prestazioni di screening non sono soggette al monitoraggio, tuttavia anch'esse necessitano di osservazione come più avanti specificato.

Le tabelle delle prime visite, delle prestazioni di diagnostica per immagini e degli altri esami specialistici sono riportate nell'**Allegato B** al presente provvedimento che sostituisce l'**Allegato B** della DGR n. 479/2019.

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca nazionale	Codice Nuovi LEA
1	Prima Visita Cardiologica	89.7	2	89.7A.3
2	Prima Visita Chirurgia vascolare	89.7	5	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	9	89.7A.8
4	Prima visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

**PRESTAZIONI STRUMENTALI**

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Attuale Codifica Regione Veneto
--------	-------------	---------------------	------------------	---------------------------------

**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

15	MAMMOGRAFIA BILATERALE ER MAMMOGRAFIA BILATERALE	87.37.1	87.37.1	87.37.1 - MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)
16	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.2	87.37.2	87.37.2 - MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)
17	TC DEL TORACE	87.41	87.41	87.41 - TC DEL TORACE. (polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste,



08164aef



				mediastino)
18	TC DEL TORACE CON MCD SENZA E CON MDC	87.41.1	87.41.1	87.41.1 - TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
19	TC DELL' ADDOME SUPERIORE	88.01.1	88.01.1	88.01.1 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a cod. 88.01.2
20	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni
21	TC DELL' ADDOME INFERIORE	88.01.3	88.01.3	88.01.3 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a cod.88.01.4
22	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata
23	TC DELL' ADDOME COMPLETO	88.01.5	88.01.5	88.01.5 - TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3
24	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	88.01.6	88.01.6	88.01.6 - TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod. 88.01.2 e cod. 88.01.4
25	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03	87.03	87.03 - TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)
26	87.03.1 - TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1 - TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)
27	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	88.38.1	88.38.A	88.38.A - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. La prestazione



08164aef



				sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.7 e con 88.38.9
28	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO	88.38.1	88.38.B	88.38.B - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9
29	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE	88.38.1	88.38.C	88.38.C - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9
30	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.D - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.8 e 88.38.9
31	88.38.E - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.E - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9
32	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.F - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.9
33	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5	88.38.5	88.38.5 - TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE
34	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1	88.91.1	88.91.1 - RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE



08164aef



35	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2 - RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC
36	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4	88.95.4	88.95.4 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.8
37	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5 - RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso relativo distretto vascolare
38	RM DELLA COLONNA IN TOTO	88.93	88.93.6	
39	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC	88.93.1	88.93.B	
40	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO.	88.71.4	88.71.4	88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7
41	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	88.72.3	88.72.3	88.72.3 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA A CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2
42	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI.	88.73.5	88.73.5	88.73.5 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA A DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi
43	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	88.74.1	88.74.1	88.74.1 - ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse



08164aef



				patologiche di origine peritoneale o retro. Incluso eventuale elastometria epatica. Non associabile a cod. 88.75.1, 88.76.1
44	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	88.75.1	88.75.1	88.75.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6
45	ECOGRAFIA DELL' ADDOME COMPLETO	88.76.1	88.76.1	88.76.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1
46	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1	88.73.1	88.73.1 - ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare
47	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA.	88.73.2	88.73.2	88.73.2 - ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare
48	ECOGRAFIA OSTETRICA	88.78	88.78	88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA
49	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	88.78.2	88.78.2	88.78.2 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1
50	88.77.4 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.2	88.77.4, 88.77.5	88.77.4 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi 88.77.5 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi

<b>ALTRI ESAMI SPECIALISTICI</b>
----------------------------------

51	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.23	45.23	45.23 - COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia
----	--	-------	-------	--



08164aef



				con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso
52	POLIPECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA	45.42	45.42	45.42 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale
53	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.24	45.24	45.24 - RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)
54	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	45.13	45.13	45.13 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)
55	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA SEDE UNICA	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.16 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno
56	ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52	89.52	89.52 - ELETTROCARDIOGRAMMA.
57	DINAMICO. (Holter)	89.50	89.50	89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. (Holter)
58	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO o con pedana mobile	89.41	89.41	89.43 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1) 89.41 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
59	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	89.44	89.44	89.44 - ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO.
60	ESAME AUDIOMETRICO TONALE.	95.41.1	95.41.1	95.41.1 - ESAME AUDIOMETRICO TONALE.
61	SPIROMETRIA SEMPLICE.	89.37.1	89.37.1	89.37.1 - SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4



08164aef





62	SPIROMETRIA GLOBALE.	89.37.2	89.37.2	89.37.2 - SPIROMETRIA GLOBALE. (con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica)
63	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	95.11	95.11	95.11 - FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO SUPERIORE. ANALISI QUALITATIVA SINO A 6 MUSCOLI. NON ASSOCIABILE A 93.09.1 E 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO INFERIORE. ANALISI QUALITATIVA SINO A 4 MUSCOLI. NON ASSOCIABILE A 93.09.1 E 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) DEL CAPO SINO A 4 MUSCOLI. ANALISI QUALITATIVA. ESCLUSO: EMG DELL'OCCHIO (95.25) E POLISONNOGRAFIA (89.17).	93.08.1	93.08.C	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) DEL TRONCO. ANALISI QUALITATIVA SINO A 4 MUSCOLI.	93.08.1	93.08.D	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. VALUTAZIONE EMG DI SUPERFICIE O CON ELETTRODI A FILO (4 MUSCOLI) ASSOCIATO AD ESAME BASOGRAFICO PER LA DEFINIZIONE DELLE FASI DEL PASSO. NON ASSOCIABILE AD ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7).	93.08.1	93.08.E	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9



08164aef



69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. VALUTAZIONE EMG DI SUPERFICIE O CON ELETTRODI A FILO (4 MUSCOLI).	93.08.1	93.08.F	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
----	---	---------	---------	---

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione Codice Intervento ICD-9-CM	Codice Intervento ICD-9-CM	Codice Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x ;197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x - 53.1x	



08164aef



(1) Le Regioni e Province Autonome che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

#### **5. Criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in classe P.**

La classe di priorità P (*programmata*) viene attribuita ad una prestazione che può essere erogata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, la disfunzione e la disabilità. Il PNGLA stabilisce che tale prestazione deve essere garantita entro 180 giorni fino al 31/12/2019 e, successivamente a tale data, entro 120 giorni.

Per la Regione Veneto è da intendersi valido quanto disposto dall'art. 38 comma d) della L.R. 30/2016, che stabilisce la soddisfazione di tale classe di priorità entro 60/90 giorni secondo indicazione del medico prescrittore a far data dalla prenotazione, come alla tabella 1 del punto 1 del presente documento.

#### **6. Attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva.**

Le attività sistematiche e continuative di valutazione sull'appropriatezza e sulla congruità prescrittiva sono ampiamente garantite attraverso l'uso della ricetta dematerializzata (DEMA).

Inoltre le norme e le circolari regionali prevedono azioni di miglioramento di tali principi garantendo:

- i. utilizzo sistematico delle classi di priorità;*
- ii. presenza del quesito diagnostico;*
- iii. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.*

A tale riguardo si richiama per completezza la normativa regionale in materia:

- DGRV del 13.3.2007 n. 600: “Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui, all'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 “Piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGR n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.2006”;
- DGRV del 28.12.2007, n. 4548: “Prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale: impiego dei ricettari standardizzati del Servizio Sanitario Nazionale ex articolo 50 Legge 24.11.2003 n. 326”
- DGRV del 21.6.2011, n. 863: “Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul PNGLA per il triennio 2010-2012 di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23.12.2005, n. 266 adozione del piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGR n. 600 del 13.3.2007”;
- DGRV del 12.3.2013, n. 320: “Il governo delle Liste di Attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto”;
- Legge Regionale del 30.12.2016, n. 30: “Collegato alla Legge di Stabilità Regionale 2017”;
- Legge Regionale del 21.12.2018, n. 48: “Piano socio sanitario regionale 2019-2023”;
- DGR del 28.12.2018, n. 2022: “Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto”;
- Circolare Regionale del 23.3.2018, n. 3689;
- Circolare Regionale del 26.5.2017, n. 207093;
- Circolare Regionale del 30.3.2015, n. 134186;
- Circolare Regionale del 28.7.2015, n. 308882;
- Circolare Regionale del 26.9.2014, n. 403775.

Nell'ottica di efficientamento del sistema, è opportuno sensibilizzare l'utenza sulla necessaria tempestività di primo contatto con le Aziende Sanitarie al fine di prenotare le prestazioni prescritte salvaguardando la priorità ivi indicata. Ciò premesso la Regione del Veneto, con successivi provvedimenti, definirà un periodo di validità dell'impegnativa sulla base della classe di priorità e della tipologia di prestazione.



08164aef



Per le prestazioni con classe di priorità B, oltre ad avere biffata la classe, deve essere indicata da parte del medico prescrittore anche la dizione “entro 10 giorni”, il CUP non prenderà in considerazione la priorità nel caso la ricetta manchi di una delle due indicazioni.

Per quanto riguarda le visite di controllo il medico prescrittore dovrà indicare sulla ricetta un tempo massimo di erogazione il cui rispetto diverrà oggetto di controllo.

#### **7. Accesso ambulatoriale tramite uso diffuso del CUP.**

A livello regionale la DGR del 12 novembre 2004, n. 3535 impegnava le Aziende Sanitarie a perfezionare il sistema di prenotazione, realizzando un Centro Unico di Prenotazione (CUP) Aziendale unificato, e prevedeva l'informatizzazione delle agende cartacee con l'inserimento di tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate, nella prospettiva del successivo coordinamento delle liste a livello interaziendale.

Con DGR del 16 settembre 2008, n. 2604, e DGR del 21 ottobre 2008, n. 3097, si era conferito mandato alla struttura regionale competente di individuare le modalità tecniche/informatiche di inserimento e integrazione degli erogatori privati ed equiparati nei sistemi CUP, con applicazione del principio di risoluzione del contratto in caso di mancata adesione, come previsto altresì dalla DGR del 28 agosto 2012 n. 1765.

I principi generali di cui alla normativa regionale richiamata sono stati ribaditi dalle leggi regionali 19/2016, 30/2016 e 48/2018.

#### **8. Attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette e in caso di mancato ritiro dei referti.**

Il principio di agevolazione dell'utenza in caso di necessità di disdetta trova applicazione nell'ambito della messa in atto del servizio di prenotazione centralizza CUP.

Sono stati altresì implementati servizi telematici che permettono all'assistito di cancellare la prenotazione H24.

In materia di mancata disdetta e mancato ritiro dei referti, già con DGRV n. 320/2013 - Allegato A - le Aziende obbligatoriamente hanno previsto un percorso di recupero della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, da applicare anche agli esenti. Tale disposizione è stata ulteriormente ribadita nella L.R. n. 30/2016 all'art.38 comma 12 che recita: “l'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento della prestazione all'erogatore pubblico o privato accreditato, secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria.”

#### **9. Visibilità delle agende di prenotazione.**

La gestione unitaria ed omogenea su tutto il territorio regionale delle agende di prenotazione è in fase di realizzazione. Allo stato attuale la visibilità delle agende di prenotazione è fruibile a livello Aziendale o in alcuni casi a livello distrettuale. Sono stati delegati ad Azienda Zero gli adempimenti necessari per rendere operativo tale sistema a livello regionale entro il 2021, con l'obiettivo di rendere maggiormente flessibile l'accesso da parte degli utenti alla prenotazione della prestazione prescritta. L'applicazione di tali principi sarà estesa anche a livello ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria).

#### **10. RAO.**

La Regione del Veneto non ha adottato il sistema RAO proposto nel PNGLA, come previsto dalla DGR 24 aprile 2019, n. 479.

#### **11. Governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche.**



08164aef



La Regione del Veneto, con la delibera del 14 dicembre 2010 n. 3140, ha definito in maniera puntuale volumi e costi sia per l'attività specialistica ambulatoriale che per l'attività di ricovero per acuti. Il fabbisogno calcolato con la delibera succitata è l'attuale fondamento del governo tra offerta e domanda dei fabbisogni di prestazioni specialistiche.

#### **12. Governo del fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell’utente.**

La mancata disdetta della prestazione prenotata dall'utente è regolata dalla L.R. 30/2016 che all'art. 38, punto 12 così recita: *“l'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione delle prestazioni, senza aver dato idonea disdetta, fatti salvi i casi di forza maggiore è tenuto al pagamento della prestazione all'erogatore pubblico o privato accreditato, secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria”*. Pertanto il dettato succitato trova soddisfazione a quanto indicato al punto 12 del PNGLA che dice: *“l'adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali e provinciali”*

#### **13. Realizzazione della “presa in carico” del paziente cronico.**

Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un'evoluzione del principio della “presa in carico” del paziente cronico, introdotto ed elaborato con DGR n. 320/2013. In particolare la L.R. 48/2018, al punto 6 del suo Allegato, prevede di potenziare il ruolo del Distretto come gestore della cronicità. La presa in carico della cronicità varia in base all'intensità di cura e assistenza e si distingue in:

- *cronicità semplice*, che viene propriamente presa in carico dai team multiprofessionali di assistenza primaria;
- *cronicità complessa ed avanzata*, che richiede l'intervento di ulteriori team multiprofessionali specialistici dedicati.

Posto che la persona ha diritto di godere il migliore stato di salute possibile e di accedere a cure sanitarie dedicate ed appropriate ai suoi bisogni in tutte le fasi della vita, per i pazienti che presentano uno stato di cronicità semplice o complessa ed avanzata, il PSSR prevede dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) dedicati. In particolare il PSSR prevede la rete oncologica e oncologica pediatrica e la rete per le emergenze cardiologiche.

La necessità di ricomporre l'offerta dei servizi intorno alla persona rende infatti necessario sviluppare le reti cliniche in modo da garantire per ciascun bacino di riferimento la possibilità di erogare i servizi in modo flessibile e con maggior grado di personalizzazione, avvantaggiandosi rapidamente nelle innovazioni cliniche tecniche e tecnologiche e consentendo di prevedere percorsi per pazienti complessi.

Tale principio trova ulteriore applicazione nel perfezionamento della presa in carico per le visite di controllo cardiologica, reumatologica, urologica e oncologica con la DGR 8 marzo 2019, n. 248: *“Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le aziende ed istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019”*.

#### **14. Definizione e applicazione di “percorsi di tutela”.**

Il percorso di tutela così come descritto nel PNGLA è superato dal sistema di condivisione del CUP tra pubblico e privato a livello del territorio aziendale.

La normativa regionale prevede la gestione delle agende con l'adozione di un sistema di recall, pre-appuntamento, con recupero degli eventuali spazi residui disponibili.

Pertanto la gestione delle agende dev'essere flessibile, pur garantendo il monitoraggio tempestivo delle variazioni del rapporto domanda-offerta.

#### **15. e 16. Acquisto ed erogazione prestazioni aggiuntive in regime libero professionale.**

Il PNGLA prevede che le Aziende Sanitarie possano ridurre i tempi di attesa anche attraverso l'eventuale acquisto ed erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime di libera professione. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive deve essere un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata



08164aef



prioritariamente per le prestazioni che risultano critiche per i tempi di attesa. Le Aziende Sanitarie, sempre al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, possono concordare con le équipe, ai sensi dell'articolo 55 comma 2 lettera d del CCNL 8 giugno 2000, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine.

L'erogazione di prestazioni aggiuntive in regime di libera professione può essere sostenuta economicamente dalle Aziende, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione alla spesa sanitaria.

Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

IL PNGLA prevede che in caso di superamento tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione sia possibile il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Già la DGR 320/2013 valutava l'attività istituzionale in rapporto all'attività in libera professione, prevedendo l'eventuale meccanismo del blocco dell'attività libero professionale. La legge regionale 30/2016 all'articolo 38 comma 15, riprendendo quanto indicato nella DGR 320/2013, prevede che il volume di prestazioni ambulatoriali erogate dal professionista in regime di libera professione non può essere superiore al volume di prestazioni erogate in regime istituzionale.

La legge regionale 48/2018 (PSSR) richiama quanto succitato nell'articolo 38 e aggiunge: "Ciascuna Azienda in caso di superamento del rapporto tra attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate, anche con riferimento al rapporto individuale ... (volume prestazioni libera professione verso attività istituzionale) ... e di sfioramento dei tempi di attesa massimi individuati ..." attua il blocco immediato dell'attività libero professionale. Altre azioni possono essere previste, ivi compresa la sospensione del diritto all'esercizio della libera professione a seguito di accertamento, da parte degli Organismi preposti, di violazioni delle disposizioni delle normative contrattuali.

#### ***17. Definizione e applicazione di "percorsi di tutela".***

L'Organismo Paritetico Regionale è stato attivato con DGR di istituzione del 18 agosto 2015, n. 1091, in ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3.

I componenti sono stati sostituiti per decadenza dei termini dal Direttore Generale di Area con proprio Decreto Dirigenziale del 9 ottobre 2018, n. 121.

#### ***18. Trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).***

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, si confermano i seguenti monitoraggi:

- a. monitoraggio ex ante e monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- b. monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- c. monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- d. monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- e. monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria - ALPI - (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas, secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- f. monitoraggio della presenza sui siti web di Regione e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- g. monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.



08164aef



I monitoraggi sopra elencati sono effettuati in conformità con quanto previsto nell'Allegato B del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 "*Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per i Monitoraggi dei tempi di attesa*" e nelle altre normative nazionali in materia.

#### **19. *Informazione e comunicazione sulle liste di attesa: trasparenza.***

Tale principio verrà soddisfatto con gestione unitaria ed omogenea su tutto il territorio regionale, tramite l'espletamento da parte di Azienda Zero dell'attivazione del sistema informatico che sarà a regime entro il 2021, con l'applicazione della maggiore tutela al diritto alla trasparenza in base a quanto previsto dal PNGLA. Attualmente sul portale di ogni Azienda e sul portale regionale è possibile prendere visione dei tempi di attesa.

#### **20. *Sviluppo sistema CUP on-line.***

La Regione del Veneto ha iniziato un'attività congiunta di tipo organizzativo e gestionale con tutte le Aziende Sanitarie e ha posto in essere azioni di innovazione in ambito di Sanità Digitale, al fine di uniformare e rendere omogenee le applicazioni già presenti a livello provinciale. Tale operazione ha permesso di attuare ulteriormente i principi di trasparenza, di accessibilità alle prenotazioni e all'attività di consultazione, demandando, su base della L.R. 19/2016, ad Azienda Zero l'avvio di tutte le azioni necessarie ai fini della copertura a regime entro il 2021.

#### **21. *Favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le Farmacie di comunità.***

Con DGR 14 maggio 2019, n. 629 la Regione del Veneto ha attivato il servizio di prenotazione/ritiro referti presso le farmacie pubbliche e private convenzionate (Farmacup).

Tale servizio permette all'utente:

- prenotazione di tutte le prestazioni specialistiche rientranti nei LEA;
- ritiro dei referti su richiesta del paziente salvaguardando la privacy, con esclusione dei supporti magnetici come CD per gli esami di diagnostica per immagini;
- erogazione del servizio da parte di tutte le farmacie presenti sul territorio.

#### **22. e 23. *Vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di specialistica ambulatoriale e di ricovero, nonché sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e relative sanzioni amministrative come da art. 1, comma 282 e 284 della legge n. 266/2005.***

Il principio di cui all'oggetto è stato ulteriormente ribadito nei successivi atti giuntali n. 600/2007, n. 863/2011, n. 320/2013 e per ultima la L.R. 30/2016.

La vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni spetta ad Azienda Zero che, una volta rilevata l'anomalia, ne dà comunicazione all'Area Sanità e Sociale della Regione, quale ente titolare della potestà sanzionatoria. Infatti, la L. 266/2005 all'art. 1 comma 284 recita: "*Ai soggetti responsabili delle violazioni al divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. Ai soggetti responsabili delle violazioni all'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro. Spetta alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano l'applicazione delle sanzioni di cui al presente comma, secondo i criteri fissati dalla Commissione prevista dal comma 283*".

#### **24. *Rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali.***

La L.R. 19/2016 art. 28 comma 3 dispone che "*L'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa è inserito nella programmazione annuale e negli obiettivi di mandato dei Direttori Generali*".



08164aef



Il D.Lgs. n. 171/2016 art. 2 comma 2 prevede che le Regioni all'atto della nomina di ciascun Direttore Generale, definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei Direttori stessi. La L.R. 56/1994 all'art. 13, comma 8 quinquies, prevede che i Direttori Generali siano soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale e in relazione all'Azienda/Istituto specificamente gestito.

La DGR 2050/2015 prevede la gestione del contratto sottoscritto tra ogni Direttore Generale e la Regione del Veneto e delle relative cause di decadenza dall'incarico, compresa quella del non rispetto degli obiettivi.

Con DGR 8 marzo 2019, n. 248, sono state individuate le aree funzionali e i relativi obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2019 con i relativi pesi, assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR, distribuite nelle seguenti aree funzionali:

- Prevenzione (solamente per le Aziende ULSS);
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera;
- Processi di supporto.

In particolare nell'area funzionale 'Assistenza ospedaliera' è presente l'obiettivo O.T.2 "Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici", mentre nell'area funzionale 'Assistenza distrettuale' è presente l'obiettivo D.E.1 'Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale'.

Si ritiene di incaricare il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale a dettagliare e, qualora opportuno, aggiornare in corso d'anno, con propri atti, l'insieme degli aspetti tecnici per la verifica degli indicatori nelle Aziende e Istituti del SSR.

#### **25. Il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali.**

La DGR 320/2013 prevedeva l'istituzione di un tavolo di monitoraggio aziendale dei tempi di attesa, previsto anche dalla legge regionale 30/2016 e riaffermato dalla legge regionale 48/2018. La composizione di tale tavolo rimane quella stabilita dalla legge regionale 30/2016, come di seguito specificato:

- Direttore sanitario che presiede il tavolo;
- Direttore medico responsabile della funzione ospedaliera;
- Direttore del distretto;
- CUP Manager;
- Rappresentanti dei medici dipendenti e dei medici convenzionati;
- Rappresentanti degli erogatori privati;
- Rappresentanti delle associazioni degli utenti.

I componenti del tavolo di monitoraggio sono nominati dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS.

Al fine di monitorare i programmi attuativi aziendali si propone che il Direttore Generale trasmetta gli esiti dell'attività del tavolo di monitoraggio almeno ogni tre mesi all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

#### **26. Trasmissione del Piano Regionale.**

Si incarica l'Area sanità e Sociale di inviare il presente piano (PRGLA) alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute entro 30 giorni dalla sua adozione, nonché di pubblicarlo sul portale della Regione del Veneto.



08164aef

