

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 863 del 21 giugno 2011

**Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla D.G.R. n. 600 del 13.3.2007.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

**(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr) [**

Note per la trasparenza:

Viene recepita l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 e adottato il Piano Attuativo Regionale.

Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28 ottobre 2010, Rep. N. 189/CSR, prevede che le Regioni recepiscono l'intesa e adottino i propri Piani Attuativi che saranno oggetto di valutazione da parte del Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli di assistenza, previsto dall'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, secondo le linee guida per la metodologia di certificazione trasmesse con nota ministeriale del 25.3.2011 prot. n. 10134 e successiva nota del 28.4.2011 prot. n. 14288.

Il Nuovo Piano Nazionale, in continuità con quello precedente, propone di condividere un percorso per il governo delle liste d'attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, con il rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

In particolare, gli elementi di maggior rilievo riguardano l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio piano, l'individuazione delle aree cardiovascolare ed oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) con la determinazione dei tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento, lo sviluppo e l'implementazione dell'attività di monitoraggio quale strumento di verifica delle azioni adottate da parte delle Regioni.

La Regione Veneto, in materia di liste d'attesa, con i provvedimenti di seguito elencati, in attuazione delle prescrizioni di cui al D.Lvo n. 124 del 29.4.1998 e del Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008, ha individuato e posto in essere azioni volte a rendere operativo il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni stesse.

Con D.G.R. n. 3683 del 13.10.1998, sono stati individuati gli standard di riferimento regionali relativi ai tempi di attesa massimi entro i quali le Aziende ULSS e Ospedaliere sono tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale ed è stata definita una strategia d'intervento mediante azioni dirette ad operare sotto i due distinti fronti della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali.

Successivamente, con D.G.R. n. 3535 del 12.11.2004, è stato 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".

Con D.G.R. n. 2066 del 27.06.2006, in recepimento del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/2008, è stato implementato il programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui alla DGR n. 3535/2004 con la determinazione di ulteriori azioni da porre in essere.

Tale deliberazione, ha costituito il primo provvedimento di recepimento del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/2008 a cui ha fatto seguito, per la piena attuazione dello stesso, la D.G.R. n. 600 del 13.03.2007 di adozione del Piano Regionale di Contenimento delle Liste d'Attesa. Con il suddetto provvedimento è stata completata la strategia regionale, puntualizzando gli indirizzi per la predisposizione dei Piani Attuativi Aziendali.

A tale proposito, recentemente, con DGR n. 3140 del 14.12.2010, la Giunta Regionale, al fine di verificare il conseguimento degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi previsti dai LEA e dai documenti regionali di programmazione, con riferimento alla DGR n. 600/2007, ha provveduto a determinare gli indicatori di performance per l'anno 2011 ed il primo semestre 2012 per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto.

Per detti erogatori, infatti, la piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi di attesa secondo la DGR n. 600/2007, costituisce uno degli indicatori selezionati al fine di misurare il perseguimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali.

Ferme restando le strategie individuate con il Piano Regionale sopraccitato (DGR 600/2007), già sostanzialmente in linea con i nuovi indirizzi nazionali, è ora necessario integrare lo stesso, inserire gli elementi di novità, ribadire alcuni concetti, puntualizzare alcune azioni, armonizzare una serie di processi che interagiscono con il governo delle liste d'attesa, al fine di dare piena attuazione al Nuovo Piano Nazionale 2010-2012.

Da un punto di vista metodologico, l'impostazione è quella, al pari della DGR 600/2007, di articolare le azioni sui tre distinti fronti dell'informazione e comunicazione, della domanda e dell'offerta di prestazioni, puntualizzando gli indirizzi per la predisposizione dei Piani Attuativi Aziendali, con l'obiettivo di realizzare quelle sinergie di intervento tra i diversi livelli istituzionali deputati a governare il fenomeno delle liste di attesa.

Infatti, entro 60 giorni dall'adozione del presente Piano Regionale di governo delle Liste d'attesa, le Aziende ULSS, le Aziende Ospedaliere e l'Istituto Oncologico Veneto sono tenuti ad adottare un programma attuativo aziendale, in coerenza con i presenti indirizzi, nel quale dovranno innanzitutto dar riscontro di tutte le azioni già poste in essere in base alla DGR 600/2007.

## INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Già con DGR 600/2007 erano stati dati gli indirizzi per la comunicazione e l'informazione sulle liste d'attesa ai cittadini, in linea con quanto previsto anche dal Nuovo Piano Nazionale che, nel ribadire il ruolo fondamentale della comunicazione ed informazione, sottolinea ulteriormente l'importanza di promuovere la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e volontariato nei processi comunicativi. In tale prospettiva vanno viste, in particolare, le già adottate azioni regionali che impongono alle aziende la comunicazione periodica dei tempi di attesa ai cittadini e l'istituzione del Tavolo aziendale di monitoraggio dei tempi di attesa (nota regionale prot. 453219 del 10.8.2007) con il coinvolgimento delle associazioni dei consumatori e degli utenti.

Nell'ambito delle varie iniziative regionali intraprese su tali temi, nel corso dell'anno 2009, al fine di migliorare la qualità dell'informazione e della comunicazione, è stato formato un gruppo di lavoro, costituito, tra gli altri, da rappresentanti delle Aziende Ulss e Ospedaliere, in particolare degli Uffici Relazioni con il Pubblico e rappresentanti delle Parti Sociali (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenza, dei sindacati medici di categoria, dei soggetti erogatori privati accreditati) a cui è stato dato il compito di valutare le vigenti modalità di informazione e comunicazione adottate nelle Aziende e di definire appropriate e differenziate strategie comunicative rivolte ai cittadini sul tema delle liste di attesa.

Le conclusioni di tale gruppo di lavoro indicano che affinché la comunicazione diventi "organizzazione" a tutti gli effetti, assumendo un ruolo determinante nella gestione degli accessi alle prestazioni e di conseguenza nel risparmio della spesa sanitaria, è necessario un vero Piano Aziendale di Comunicazione in tema liste di attesa, quale strumento strategico che metta insieme sinergicamente le varie iniziative e consenta di ordinare, sviluppare, impiegare risorse di tipo diverso per raggiungere pienamente gli obiettivi di comunicazione.

Anche il PNGLA 2010 - 2012 ribadisce, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di un approccio sistemico alla gestione delle attività di comunicazione, avvalendosi anche di implementazioni di Information & Communication Technologies (ICT).

Pertanto, ogni Azienda sanitaria, nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi, deve rivedere il proprio Piano Aziendale di Comunicazione e, partendo dall'analisi delle azioni già poste in essere secondo la DGR 600/2007, fissare gli obiettivi, individuare strumenti ed azioni da intraprendere per una corretta e appropriata strategia comunicativa, al fine di migliorare il servizio all'utenza.

Nella redazione del nuovo Piano, va considerato che la comunicazione e l'informazione devono:

- utilizzare un linguaggio semplice e comprensibile;
- essere di facile accesso;
- avvalersi di tutti gli strumenti disponibili: quali campagne informative, Uffici relazioni con il pubblico, carte dei servizi, siti web, etc.;

- tener conto della differente tipologia dei destinatari, avendo cura di non trascurare le fasce di popolazione che per vari motivi non utilizzano le nuove tecnologie ed, in particolare, internet;
- essere complete anche con riguardo ai doveri che l'utente è tenuto a rispettare;

riguardare l'intero sistema dell'offerta delle prestazioni e della sua accessibilità, le innovazioni normative ed organizzative, le caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, le regole sull'equità e la trasparenza in relazione al sistema dell'offerta; in particolare, devono essere rese note tutte le strutture erogatrici nell'ambito delle quali l'azienda si impegna a garantire i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al PNGLA, comprese le strutture, anche non insistenti nel territorio aziendale, che erogano le prestazioni ad ampio bacino di utenza o di livello assistenziale di elevata complessità.

Inoltre, va considerato che:

- l'informazione ai cittadini presuppone la formazione e il coinvolgimento di tutto il personale medico e non medico, di front office (a contatto con l'utenza) e back office (di supporto amministrativo) operante nei presidi ospedalieri e nei servizi territoriali, anche sugli aspetti della comunicazione e della relazione con i cittadini utenti. Pertanto, l'Azienda deve prevedere corsi di formazione mirati, verificando l'efficacia dell'intervento formativo soprattutto con riguardo al personale operante nei CUP;
- nella comunicazione e informazione devono essere coinvolti tutti gli attori del sistema tra cui i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali interni (SAI), gli erogatori privati accreditati, avvalendosi anche di associazioni di volontariato operanti in ambito sociosanitario e/o di associazioni per la difesa dei diritti dei cittadini;
- deve essere prevista la disponibilità delle informazioni anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta);
- devono essere previste azioni volte ad assicurare che l'informazione fornita all'utente sia sempre uniforme;
- devono essere previste modalità di comunicazione periodica dell'andamento dei tempi di attesa alle Amministrazioni comunali.

Per quanto riguarda la pubblicazione sui siti web delle informazioni sulle liste d'attesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale, la Segreteria per la Sanità, con nota del 24 febbraio 2011 prot. n. 93262, ha già provveduto a fornire a tutti gli erogatori pubblici delle specifiche direttive al fine di garantire un'informazione corretta, adeguata e uniforme per tutti i cittadini.

## DOMANDA

Il governo delle liste d'attesa interagisce con altri processi del sistema sanitario che devono necessariamente e coerentemente interfacciarsi.

Le modalità organizzative del rapporto domanda-offerta di prestazioni devono quindi tener conto:

- dei contratti e degli accordi collettivi nazionali del personale medico sia per quanto attiene le modalità prescrittive, che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) dei medici ospedalieri e degli specialisti ambulatoriali interni;
- delle iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione - prenotazione -referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi.

La Regione Veneto, con DGR n. 41 del 18.1.2011, ha approvato, secondo le modalità individuate negli AACCN della medicina convenzionata 2009/2010, le linee strategiche per il rafforzamento dell'assistenza territoriale tramite le cure primarie, riportando a livello regionale il governo delle attività.

L'obiettivo è definire una modalità di presa in carico dei bisogni degli utenti, garantendo un'assistenza continuativa nell'arco delle 24 ore da parte di un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale formata da professionalità diverse e complementari.

Lo scopo è quello di migliorare l'efficacia dell'assistenza e di qualificare maggiormente le attività della medicina territoriale, inquadrando in modo più compiuto il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta nel sistema sanitario, al fine di realizzare l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali (prevenzione, ospedale e territorio).

Ciò dovrebbe consentire di "intercettare" tempestivamente una cospicua percentuale di patologie, garantendo una migliore continuità dell'assistenza, riducendo il carico delle richieste improprie di prestazioni specialistiche e di ricoveri ospedalieri, contribuendo quindi alla riduzione delle liste di attesa.

Inoltre, la corretta e trasparente applicazione degli istituti e degli schemi organizzativi relativi alla libera professione intramuraria, per l'erogazione di prestazioni sanitarie erogate su richiesta e per scelta dell'utente, a totale suo carico, da ultimo regolamentata con legge 3 agosto 2007, n. 120, impediscono il verificarsi di taluni fenomeni distorsivi nel rapporto domanda-offerta che incidono anche sulle liste d'attesa per prestazioni erogate a carico del SSR. In relazione a tale aspetto, già con DGR 3535/2004 la Regione Veneto aveva previsto modalità di gestione separata delle prenotazioni rispetto alle prestazioni istituzionali erogate a carico del SSN, anticipando in tal senso sia i dettami della legge statale, sia le indicazioni contenute nelle Linee Guida del sistema CUP di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29.4.2010. Nell'ambito del sistema dei controlli sanitari regionali si prevede quindi di attivare, con modalità operative che verranno definite in un successivo provvedimento, un insieme di verifiche sistematiche del volume di prestazioni nei diversi regimi, sia per quelle ambulatoriali che di ricovero, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello in libera professione.

Il PNGLA 2010-2012 promuove la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e richiama, a tale proposito, tra gli strumenti utili, l'uso sistematico delle classi di priorità.

La Regione Veneto, con i provvedimenti sopra citati, ha già adottato l'utilizzo delle "classi di priorità" per la gestione delle liste d'attesa secondo principi di appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva e fissato i corrispondenti tempi massimi di attesa. Si ricorda che è stato, altresì, disposto che:

- tutte le prestazioni ambulatoriali (Livelli Essenziali di Assistenza regionali) di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) devono essere prescritte sempre con l'attribuzione della classe di priorità (B-D-P) e con l'indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico e che l'erogazione delle stesse, deve essere garantita nei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe indicata. Per quanto riguarda la classe U della ricetta, si ricorda che essa deve far riferimento a situazioni cliniche di urgenza indifferibile per le quali necessita un'immediata visita o trattamento da parte del medico di Pronto Soccorso o da parte dei servizi eventualmente coinvolti organizzativamente. La richiesta di prestazioni aventi carattere di "urgenza differibile", da erogarsi entro 72 ore, rientra nella classe di priorità B della ricetta rossa, deve essere chiaramente indicata in ricetta (nota regionale prot. n. 453219 del 10 agosto 2007) e deve trovare risposta presso i servizi ambulatoriali a ciò dedicati;
- i sistemi di prenotazione di tutti gli erogatori, pubblici e privati accreditati, devono fissare i tempi di erogazione tenendo conto delle classi di priorità.

Il PNGLA 2010-2012, sulla base delle esperienze di monitoraggio dei tempi di attesa del precedente piano, aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera di cui al PNCTA 2006-2008 per le quali le Regioni sono tenute a fissare i tempi massimi di attesa e ad effettuare il monitoraggio.

Conseguentemente, si procede ad aggiornare l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero allegato alla DGR n. 600/2007, con l'**Allegato A** alla presente deliberazione, che ne costituisce parte integrante, stabilendo per ogni prestazione i tempi massimi d'attesa, in relazione alla classe di priorità attribuita, che dovranno essere garantiti, secondo quanto disposto dal PNGLA, al 90% degli utenti che ne fanno richiesta, presso le strutture erogatrici indicate nei Piani Attuativi Aziendali.

Si precisa che, diversamente dalla DGR 600/2007, tale elenco comprende solo le prestazioni oggetto del PNGLA 2010-2012, in relazione alle quali vi è stato un espresso impegno organizzativo e di monitoraggio a livello nazionale, fermo restando che tutte le prestazioni (prime visite/prime prestazioni diagnostiche/ terapeutiche) del NTR sono soggette alle regole appena ricordate.

Nel ribadire, che i tempi massimi di attesa individuati nell'**Allegato A** sono riferiti solo alle prime visite e alle prime prestazioni anche per la classe di priorità "P" (prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità, da eseguirsi entro 180 giorni) si ritiene opportuno ricordare che:

- le prime visite/prime prestazioni sono quelle che rappresentano il primo accesso dell'assistito al sistema sanitario regionale relativamente ad un problema di salute che viene clinicamente affrontato per la prima volta. Nel caso di un paziente cronico, esente per patologia, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale necessari per valutare un nuovo problema clinico, non correlato alla patologia di esenzione; la riacutizzazione della patologia cronica che necessita di tempestiva rivalutazione, pur essendo una visita successiva alla prima da trattare amministrativamente come "controllo", dovrà essere organizzativamente gestita come una prima visita con inserimento negli spazi delle agende prioritarizzate al fine di offrire tempi appropriati.
- diversamente, sono visite e prestazioni di controllo, o di follow up, quelle successive ad un inquadramento diagnostico concluso, in cui un problema già noto viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata: si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento dell'esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso. Sono altresì da considerarsi visite e prestazioni di controllo sia quelle di approfondimento per pazienti "presi in carico" dallo specialista, quindi successive al primo accesso, comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti ai quali è già stato fatto un primo inquadramento diagnostico, sia tutte

quelle prescritte in ricetta con l'indicazione del codice di esenzione per patologia, di cui al DM 329/99, volte a valutare, a distanza, l'eventuale insorgenza di complicanze. Tale inquadramento clinico delle prestazioni di controllo supera quello presente nella DGR n. 486 del 5/3/2004, cui rinviava la DGR 600/2007.

Le visite e le prestazioni diagnostico strumentali di controllo, follow up e di approfondimento sopra richiamate non sono oggetto di rilevazione per i tempi di attesa; per la prenotazione delle stesse le Aziende sono tenute a porre in essere specifiche agende dedicate o, comunque, a riservare spazi nelle agende informatizzate (nota regionale 10/8/2007 prot. n. 453219) e per le medesime non deve mai essere biffata alcuna classe di priorità in ricetta ma, se necessario, indicato il tempo d'attesa in relazione al bisogno di salute del paziente.

Va sottolineato che la corretta prescrizione di prime visite e prime prestazioni diagnostico/terapeutiche richiede obbligatoriamente l'indicazione della classe di priorità assegnata e della diagnosi/sospetto diagnostico prevalente esplicitato; ciò è presupposto fondamentale per l'informazione allo specialista, ma anche per il governo delle liste d'attesa, per l'erogazione appropriata delle prestazioni e per consentire i controlli sanitari di appropriatezza previsti dai provvedimenti regionali di cui, da ultimo, alla DGR n. 3444 del 30/12/2010.

I Piani Aziendali devono:

1. recepire i tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui all'**Allegato A**, parte integrante del presente atto, secondo quanto ivi indicato; si sottolinea che in questa occasione si è ritenuto opportuno portare anche per la visita fisiatrica il tempo massimo di attesa per la classe D della ricetta, a 30 giorni, come per tutte le altre visite;
2. richiamare i medici prescriventi a una sistematica prioritizzazione delle richieste di prime visite e prime prestazioni diagnostico/terapeutiche e all'indicazione della diagnosi/sospetto diagnostico;
3. richiamare i medici prescriventi ad esplicitare in ricetta "visita o prestazione di controllo" indicando, se necessario, il tempo di attesa opportuno in relazione al bisogno di salute del paziente;
4. promuovere, con il coinvolgimento anche delle Unità Operative, la logica della presa in carico del paziente, il quale deve essere esonerato dall'effettuazione personale della prenotazione delle diverse prestazioni eventualmente richieste dallo specialista di riferimento, cui deve provvedere direttamente l'organizzazione aziendale;
5. promuovere la redazione di protocolli da parte dei gruppi ospedale-territorio relativamente all'accesso alle prestazioni che presentano criticità di attesa nell'Azienda, eventualmente riservando la prescrizione solo allo specialista;
6. promuovere l'adesione ai "percorsi diagnostico terapeutici" individuati dai gruppi di lavoro integrato ospedale - territorio di cui alla DGR 3535/2004;
7. avviare sistemi di monitoraggio del tasso di utilizzo delle classi di priorità da parte dei singoli prescrittori e del rispetto dei protocolli aziendali in tema di prioritizzazione, al fine di verificare possibili anomalie, prevedendo, qualora si evidenziasse tali situazioni, opportune verifiche in collaborazione anche con i rappresentanti dei medici per accertare possibili usi incongrui delle classi di priorità;
8. prevedere relativamente alle prestazioni con tempi attesa critici procedure di verifica diretta della congruenza e completezza delle richieste, utilizzando le competenze dei NAC, secondo quanto previsto dalla DGR 3444/2010.

Al fine di promuovere un accesso omogeneo alle singole prestazioni, l'Amministrazione Regionale, con DGR n. 2611 del 07.8.2007 ha provveduto, in ottemperanza a quanto disposto con D.G.R. 600/2007, alla standardizzazione dei protocolli prodotti dai gruppi integrati ospedale-territorio di ciascuna Azienda sanitaria, definendo le specifiche cliniche per l'attribuzione delle classi di priorità di alcune prestazioni ambulatoriali. Esse rappresentano dei protocolli operativi essenziali per i medici prescriventi e per le Aziende, al fine di uniformare il più possibile i comportamenti prescrittivi e, conseguentemente, l'erogazione delle prestazioni nell'ambito della Regione Veneto, secondo il rispetto del principio di equità.

Oltre che eventualmente perfezionare ed integrare i protocolli già adottati, la Regione, nell'ottica di un continuo processo di miglioramento dell'appropriatezza clinica, provvederà ad acquisire gli ulteriori protocolli prodotti dai tavoli territorio-ospedale delle Aziende, individuando anche alcuni aspetti metodologici della procedura.

## PRESTAZIONI DI RICOVERO

La Regione Veneto, sempre al fine di governare anche la domanda di prestazioni di ricovero garantendo un ricorso appropriato alle stesse, con i provvedimenti sopra citati, ha:

- adottato anche per le prestazioni di ricovero (ricoveri programmabili) l'utilizzo delle "classi di priorità" individuate dall'Accordo Stato-Regioni approvato l'11 luglio 2002. In proposito ha richiesto di definire a livello aziendale o interaziendale le specifiche cliniche che costituiranno la griglia di valutazione per l'assegnazione delle classi di priorità, al fine di procedere anche per le prestazioni di ricovero alla standardizzazione, previa condivisione con le società scientifiche, dei protocolli prodotti dai gruppi integrati ospedale-territorio di ciascuna Azienda sanitaria;
- disposto l'inserimento, nell'agenda di dimissione ospedaliera (SDO), delle informazioni "data di prenotazione" e "classe di priorità" quali "campi obbligatori" (decreto regionale n. 32 del 19.12.2005) già a decorrere dall'1.7.2007.

Pertanto la Regione risulta essere già in linea con quanto espressamente previsto dal DM 8 luglio 2010 n. 135;

- sancito, sempre con i medesimi provvedimenti, il recepimento e la messa in atto da parte delle Aziende, sempre con decorrenza 1.7.2007, di tutti gli adempimenti previsti dalle "Linee guida per i registri di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" elaborate dall'Agenzia Servizi Sanitari Regionali nell'ambito del progetto Mattone Tempi di Attesa.

Ha altresì, a proseguimento delle succitate azioni, con DGR n. 4277 del 29.12.2009 provveduto a ridefinire i valori percentuali/soglie di ammissibilità di n. 106 drg da considerare "ad alto rischio di inappropriatazza" se erogati in regime di degenza ordinaria e di n. 7 drg da considerare "ad alto rischio di inappropriatazza" se erogati in regime di degenza diurna a decorrere dall'1.1.2010, e aggiornato le linee guida per la compilazione della SDO con DGR 3436 del 30.12.2010 nell'ambito del sistema dei controlli di appropriatezza delle procedure, la cui efficacia/efficienza è correlata a modalità uniformi e trasparenti di codifica delle procedure stesse.

I Piani Aziendali devono:

1. recepire i tempi massimi di attesa per le prestazioni di ricovero di cui all'**Allegato A**, secondo quanto ivi indicato;
2. indicare e trasmettere in allegato al proprio Piano le specifiche cliniche individuate per regolare l'accesso alle prestazioni i cui tempi d'attesa risultano critici, che la Regione con successivo provvedimento provvederà a standardizzare.

## OFFERTA

Riconfermando le linee d'intervento definite relativamente all'offerta con DGR n. 600/2007, è necessario che le Aziende provvedano con il proprio Piano a:

- garantire per le prestazioni elencate nell'**Allegato A** alla presente deliberazione, il rispetto dei tempi massimi di attesa, secondo la priorità indicata, nei punti di erogazione specificamente dalla stessa individuati, esclusivamente nei confronti dei propri assistiti che ne fanno richiesta nonché degli assistiti di altre Aziende comunque afferenti allo stesso bacino di utenza (provinciale);
- garantire, per la prestazione di "visita reumatologica" non presente nell'**Allegato A**, in considerazione delle criticità riscontrate a fronte del sempre più elevato numero di pazienti affetti da patologie reumatiche, la presa in carico dell'assistito da parte dello specialista reumatologo, se presente in Azienda, o da parte dell'equipe sanitaria di riferimento, nel rispetto dei tempi massimi di attesa, secondo la priorità indicata dal medico prescrivente. Ciò risulta necessario anche al fine del rilascio della certificazione della Sindrome di Sjögren per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa per malattie cronico invalidanti ex DM 329 del 28.5.1999 (DGR n. 2049 del 3.7.2007);
- individuare gli ambiti territoriali (territorio di competenza, area provinciale e/o regionale) e le strutture eroganti le prestazioni di cui all'**Allegato A** nelle quali l'Azienda si impegna a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, precisando se gli stessi sono diversificati per tipologie di prestazioni (di base e ad ampio bacino di utenza e/o di livello assistenziale di più elevata complessità), e/o di classi di priorità, ovvero riconfermando di voler garantire le prestazioni di cui all'**Allegato A** mediante tutte le strutture insistenti nel territorio di competenza, inclusi gli erogatori privati accreditati, fermo restando che i punti di erogazione devono essere equamente distribuiti, tenendo conto dei volumi di richiesta e della facilità di accesso per l'utenza, e considerando l'intera rete di offerta (ospedali, distretti, erogatori privati accreditati);
- verificare l'entità del fabbisogno assistenziale locale. Per quanto concerne le prestazioni di ricovero deve essere ora tenuto presente l'obiettivo regionale del tasso di ospedalizzazione, pari a 140 per mille abitanti, come indicato dalla DGR n. 3140 del 14.12.2010 già menzionata. Per le prestazioni ambulatoriali è necessario tener conto dell'obiettivo regionale dell'ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante stabilito nella medesima deliberazione nel numero di 4 prestazioni (esclusa la diagnostica di laboratorio);
- distinguere le prestazioni ambulatoriali di cui all'**Allegato A**, tra:
  1. prestazioni di base, da garantire necessariamente ai propri assistiti, nei tempi previsti, nell'ambito territoriale di competenza;
  2. prestazioni ad ampio bacino di utenza o di livello assistenziale di più elevata complessità da garantire, nei tempi previsti, in ambito territoriale più vasto, anche sulla base di accordi con l'Azienda Ospedaliera, con gli IRCSS o con altre Aziende Ulss provinciali, o in conformità alla programmazione regionale; l'offerta delle Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) concorre al rispetto dei tempi di attesa degli assistiti delle Aziende territoriali di riferimento (ULSS 16 e 20) per le prestazioni di base; per le prestazioni di media e alta complessità concorre oltre che per gli assistiti delle Aziende territoriali di riferimento, anche per gli assistiti delle Aziende Ulss provinciali o della Regione sulla base di specifici accordi;
- verificare la propria organizzazione dell'offerta, considerando la possibilità di effettuare specifici accordi con altre Aziende ULSS, con le Aziende Ospedaliere, con gli IRCSS, con erogatori privati accreditati secondo i meccanismi di cui alle deliberazioni n. 310, 311, 312 del 15.3.2011;

- specificare dettagliatamente le misure e le procedure individuate dall'Azienda in caso di superamento, per le prestazioni di cui all'**Allegato A**, dei tempi massimi stabiliti presso le strutture specificamente individuate, indicando anche il percorso posto in essere per garantire al proprio assistito l'erogazione della prestazione nella tempistica corrispondente alla classe di priorità indicata, con prenotazione a carico dell'Azienda e senza oneri per l'utente se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa. Al riguardo l'Azienda può ricorrere all'acquisto di prestazioni da personale dipendente secondo gli istituti previsti. In particolare, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza dell'8 giugno 2000, costituiscono un ulteriore possibile strumento per integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità, anche temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio il rispetto dei tempi massimi di attesa. Inoltre l'Azienda può acquistare pacchetti di attività da medici specialisti ambulatoriali interni, da erogatori privati accreditati, anche extra budget, secondo le modalità previste dalle DD.GG.RR. n. 310 e 311 del 15.3.2011, da altre Aziende ULSS o Ospedaliere. L'individuazione da parte dell'azienda degli strumenti per garantire comunque l'erogazione della prestazione entro i tempi stabiliti deve tener conto, tra le altre cose, del principio di facile accessibilità. Qualora l'utente non intenda fruire della prestazione in uno dei punti di erogazione individuati dalla propria Azienda ULSS, non potrà esigere il rispetto dei tempi massimi di attesa. In tale caso, nel rispetto del principio della libera scelta, la prestazione richiesta sarà comunque oggetto di prenotazione nella struttura indicata dall'utente secondo le disponibilità in essa esistenti;
- ribadire il divieto di sospensione delle prenotazioni delle prestazioni (agende chiuse) ai sensi dell'art. 1, comma 282 l. 23.12.2005, n. 266, e l'obbligo della tenuta del registro dei ricoveri ospedalieri; in quest'ultimo vanno riportate altresì le prestazioni di ricovero ora effettuabili anche in regime ambulatoriale; va, inoltre, precisato che le Unità Operative e/o i singoli servizi non possono aprire e chiudere periodicamente le proprie agende alterando le disponibilità offerte all'utenza;
- ribadire la regolamentazione delle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni secondo le linee guida già recepite con DGR 600/2007, da consentire solo per gravi ed eccezionali motivi, che sono per definizione inaspettati e non programmabili; la continuità dell'erogazione deve essere garantita con idonea gestione delle condizioni programmabili (ferie, manutenzione ecc.) anche per area di riferimento (distrettuale, aziendale, interaziendale, a seconda della complessità della prestazione), secondo principi di continuità assistenziale nell'intero arco dell'anno, documentati in specifici atti della direzione aziendale e comunicati alla Regione Veneto - Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria;
- prevedere sistemi di comunicazione tra MMG/PLS e specialisti ambulatoriali ospedalieri e convenzionati interni operanti nelle diverse unità operative mediante forme di consulto telefonico, e/o mediante posta elettronica, al fine di risolvere direttamente e tempestivamente alcuni quesiti diagnostici o per individuare il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato;
- rivedere il Sistema Unificato di Prenotazione anche in relazione alle nuove Linee Guida Nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29.4.2010 (rep. Atti n.52) che si recepisce con il presente atto (**Allegato B**) e ne costituisce parte integrante.

Il vigente sistema già consente ai cittadini veneti la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro Unico di Prenotazione (CUP) sia a livello aziendale, che provinciale.

La Regione, con successivi provvedimenti stabilirà le procedure per l'integrazione su tutto il territorio regionale dell'intera offerta pubblica e privata accreditata (tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati in rete per tutte le tipologie di prestazioni) e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, sulla base delle indicazioni riportate nelle sopra richiamate linee guida nazionali.

L'obiettivo dell'integrazione dell'offerta privata con quella pubblica nei sistemi CUP, già di fatto presente in alcune aziende, stabilito con DGR 3097/2008 e 2604/2008 è stato ribadito nei successivi provvedimenti annuali di determinazione dei tetti di spesa e, da ultimo, nelle DGR n. 310, 311 del 15 marzo 2011, con le quali si è conferito mandato alla struttura regionale competente di individuare le modalità tecniche/informatiche di inserimento ed integrazione degli erogatori privati ed equiparati nei sistemi CUP.

Nell'ambito delle azioni rivolte alla realizzazione e gestione del sistema CUP, al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda, con DGR n. 212 del 3.2.2010, si è provveduto alla definizione della figura professionale, delle attività e delle competenze del "Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali" a completamento del iter di individuazione e formazione della figura originariamente chiamata CUP Manager, iniziato con DGR n. 3911 del 4.12.2007.

Le Aziende possono quindi avvalersi anche di queste ulteriori professionalità nell'ambito dei sistemi di prenotazione anche per rivedere la propria organizzazione dell'offerta.

Per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano nazionale relativi al perfezionamento del sistema CUP la Regione s'impegna a destinare una quota delle risorse, di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da

vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della medesima legge, utilizzando anche quanto previsto nel Piano e-gov 2012, Obiettivo 4 - Progetto "Rete centri di prenotazione"

Va anche ricordato che la Regione Veneto, attraverso la sperimentazione del progetto denominato "Doge" e la sua successiva adozione su tutto il territorio, sta promuovendo l'implementazione nelle proprie Aziende Socio Sanitarie della prescrizione elettronica. Tale progetto prevede la gestione informatizzata di tutto il ciclo di vita delle prestazioni: la prescrizione nasce nel software del MMG/PLS, viene quindi inviata all'Azienda di afferenza del MMG/PLS; qui viene utilizzata allo sportello (o al call center) quando il cittadino si presenta (o chiama) e viene trasformata in prenotazione o in accettazione (ove non è prevista la prenotazione, come nei laboratori analisi); a refertazione avvenuta il MMG/PLS prescrittore, se il cittadino ha espresso il suo consenso in tal senso, può ricevere il referto della prestazione erogata.

Tale modalità di lavoro è estesa anche ai medici specialisti dipendenti e convenzionati interni delle Aziende.

Sul versante dell'ICT, al fine di promuovere tali iniziative, con DGR 3140/2010 citata sono stati assegnati diversi obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende. In particolare entro la metà del 2012 le Aziende sono tenute ad avere il 90% dei propri MMG/PLS collegati in rete secondo lo standard del progetto Doge. Inoltre, nell'ottica della dematerializzazione dei documenti clinici ogni Azienda deve porre le basi per l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Ciò comporta l'introduzione in ogni Azienda di un sistema per l'identificazione e l'autenticazione degli operatori e la firma digitale dei referti. Vengono poste le basi per la memorizzazione strutturata dei documenti clinici nelle Aziende. Infine, è stata promossa e già implementata in molte Aziende l'informatizzazione delle liste di attesa per gli interventi chirurgici programmati, al fine di garantire la trasparenza nell'accesso alle prestazioni.

Il nuovo PNGLA individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi, la cui fase non può superare i 30 giorni, e del successivo trattamento terapeutico che dovrà iniziare entro 30 giorni dal momento in cui il paziente accetta la terapia proposta e ne viene quindi programmato l'inizio; tale tempistica deve essere rispettata per almeno il 90% dei pazienti. Fermo restando quanto disposto con l'Accordo Stato-Regioni dell'11/2/2002, recepito a livello regionale con il precedente Piano regionale, è ora necessario incrementare la definizione e l'utilizzo dei percorsi diagnostico terapeutici, in particolare quelli inerenti a problemi complessi che richiedono una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, ambulatoriali e di ricovero, e che prevedono la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di giungere alla diagnosi e garantire la terapia più adeguata per una specifica patologia.

Sotto tale profilo va ricordato che la Regione Veneto con DGR 1079 del 17.4.2007 e DGR n. 2812 dell'11.9.2007 ha disciplinato il modello organizzativo del Day Service Ambulatoriale, a cui ha fatto seguito la valutazione dei pacchetti di prestazioni individuati e comunicati dalle singole strutture sanitarie, attivati successivamente con nota del 2.3.2009 prot. 115326. Sia nell'ambito cardiovascolare, che oncologico sono così ad oggi già erogabili specifici pacchetti ambulatoriali sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici individuati.

Le Aziende, in merito, sono tenute a:

- porre in essere modelli di integrazione territorio-ospedale affinché siano assicurate le formule organizzative per la "presa in carico" del paziente avviato ad un PDT, prevedendo priorità temporali e modalità di accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso;
- individuare pacchetti ambulatoriali complessi da erogarsi in day service, finalizzati a semplificare il percorso dei pazienti ed a ottimizzare i tempi;
- favorire la sistematica attività prescrittiva da parte degli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, con la possibilità anche di prenotazione diretta;
- organizzare le agende con modalità che prevedano spazi adeguati alla gestione dei percorsi di completamento diagnostico e controllo a breve, per i quali si deve prevedere tendenzialmente la prescrizione diretta, soprattutto per le attività di secondo livello;
- favorire la diffusione dei gruppi di lavoro multidisciplinari per l'analisi e la discussione dei casi complessi; per le attività di tali gruppi, ove possibile, devono anche essere previste modalità di riconoscimento di crediti formativi;
- favorire l'integrazione tra specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, ponendo in essere misure idonee per la condivisione di conoscenze cliniche, modalità operative e gestionali finalizzate anche alla presa in carico del paziente;
- attivare procedure idonee a realizzare il monitoraggio delle performance aziendali nella gestione dei percorsi DT, al fine di identificare le possibili criticità e attivare i necessari miglioramenti.

## MONITORAGGIO

Il PNGLA 2010-2012 ha ampliato il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa e individuato quali strumenti di rilevazione:



- il flusso informativo dei tempi di attesa basato sulle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali (modalità ex ante), già previsto dal precedente PNCTA 2006-2008 con una rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;
- il flusso informativo sui tempi di attesa dell'erogato (modalità ex post) attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali;
- il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
- il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
- il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria;
- il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Il Piano ha poi fissato le modalità per la definizione dei medesimi flussi di monitoraggio, prevedendo l'emanazione di apposite Linee Guida sulle modalità di rilevazione e trasmissione dei flussi, trasmesse dal Ministero della Salute con nota del 30.12.2010 prot. n. 42754. Esse riguardano il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante ed ex post relativamente alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012, il monitoraggio delle prenotazioni dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2010-2012 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali e il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012 erogate a carico del SSR presso tutte le strutture regionali.

Il sistema informativo regionale già consente di rispondere al debito informativo oggetto del Piano Nazionale Liste d'attesa.

Infatti, la Regione ha provveduto con decreto regionale n. 32 del 19.12.2005 a porre in essere gli adempimenti necessari al monitoraggio delle attività di ricovero attraverso la valorizzazione dei campi "data di prenotazione" e "classe di priorità" nel flusso SDO. Inoltre, con nota regionale del 23.2.2011 prot. n. 89643 e successiva nota del 3.3.2011 prot. n. 107669 ha dato indicazioni operative alle Aziende ai fini degli adempimenti per il monitoraggio ex post, prevedendo l'attivazione di ulteriori campi nel flusso ex art. 50 l. 326/2003 per le prestazioni ambulatoriali.

In ordine al monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione relative alle prestazioni ambulatoriali di cui al nuovo PNGLA il metodo di monitoraggio per il primo semestre 2011 è quello attualmente in uso; mentre per il secondo semestre 2011 verrà effettuata una sperimentazione per individuare un sistema di monitoraggio più efficace, che la Regione si impegna a recepire.

Per quanto attiene il flusso informativo relativo al monitoraggio dei PDT nell'area cardiovascolare e oncologica l'Agenas ha provveduto ad individuare e condividere con il Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome una metodologia che presumibilmente verrà dallo stesso formalmente trasmessa a breve.

E' possibile anticipare che nel quadro di quanto richiesto dal PNGLA la metodologia è finalizzata alla verifica della durata temporale dei due distinti momenti del percorso diagnostico - terapeutico attraverso l'individuazione delle prestazioni traccianti di inizio e fine di ciascuna fase: la fase strettamente diagnostica (dal primo sospetto alla diagnosi) i cui tempi non possono superare i 30 giorni e la seconda fase relativa al tempo che intercorre dal momento in cui viene accettata dal paziente l'indicazione clinica per la soluzione di quel tipo di patologia all'inizio della terapia, fase che non può superare i 30 giorni. Le procedure/patologie individuate dall'Agenas sulle quali è stata costruita la metodologia sono in ambito oncologico la "neoplasia della mammella", la "neoplasia del colon retto", la "neoplasia del polmone" e, in ambito cardiovascolare, il "By pass aortocoronarico". Per ogni percorso è stata esplicitata la prestazione tracciante di inizio e termine del PDT. Allo stato, non essendo ancora disponibile la metodologia definitiva predisposta dall'Agenas, la Regione si impegna ad adottare ed esplicitare i relativi adempimenti cui sono tenute le Aziende per procedere al monitoraggio, non appena disponibili i documenti di dettaglio.

In ordine al monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria, il Piano Nazionale prevede che l'Agenas sulla base delle esperienze già maturate relative al monitoraggio sui tempi di attesa delle prestazioni erogate in ambito istituzionale e alle sperimentazioni effettuate per le prestazioni erogate in ALPI individui le procedure per il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali libero professionali di cui al punto 3.1 del piano con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa, definendo apposite Linee Guida secondo modalità condivise con Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome. A tal riguardo, non essendo ancora stata messa a disposizione la metodologia adottata, la Regione si impegna, non appena disponibili, a recepire le modalità condivise per garantire il monitoraggio ALPI, esplicitando alle Aziende gli adempimenti da effettuare.

Infine, per quanto riguarda il monitoraggio annuale dei siti web, le cui modalità non sono ancora note, la Regione si impegna a recepire la relativa metodologia e a dare le eventuali istruzioni per garantire il monitoraggio, non appena le stesse verranno condivise tra Regioni e PA, Ministero e Agenas.

La Regione si impegna a fornire al Ministero i dati relativi ai flussi stabiliti dal PNGLA 2010-2012 nei modi e nei tempi determinati dal Piano e dai documenti attuativi.

## OBIETTIVI

Con DGR n. 3140 del 14.12.2010 sopra richiamata la Regione ha provveduto a determinare gli obiettivi per gli anni 2011 ed il primo semestre 2012 per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto.

In relazione al rispetto dei tempi di attesa con tale provvedimento è stata stabilita la piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative secondo la DGR n. 600/2007 ponendo quale indicatore, sia per l'anno 2011 che per il primo semestre 2012, i seguenti valori soglia espressi in percentuali di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nei tempi di attesa previsti dalla medesima deliberazione:

- pazienti codificati come classe A (B) - 90%
- pazienti codificati come classe B (D) - 80%
- pazienti codificati come classe C (P) - 100%

Alla luce del PNGLA 2010-2012, che ha aggiornato l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di ricovero, è ora necessario fissare gli ulteriori obiettivi in conformità a quanto dallo stesso richiesto.

Pertanto le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto sono chiamate ad attivare processi di organizzazione del lavoro finalizzati a raggiungere l'obiettivo di garantire entro l'anno 2012, scadenza del biennio del presente PRGLA, ai propri assistiti, agli assistiti delle altre Aziende afferenti comunque allo stesso bacino di utenza (provinciale), presso le strutture erogatrici indicate dal Piano Attuativo Aziendale (PAA), il rispetto dei tempi massimi di attesa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'**Allegato A** alla presente deliberazione, oggetto di monitoraggio nazionale, nella tempistica e secondo gli indicatori e le soglie di seguito riportate.

al 31.12.2012:

- pazienti codificati come classe Breve (A) - valore soglia 90%
- pazienti codificati come classe Differibile (B) - valore soglia 90%
- pazienti codificati come classe Programmabile (C) - valore soglia 100 %

Per quelle prestazioni di cui all'**Allegato A** della presente deliberazione coincidenti con quelle di cui alla DGR 600/2007, al 31.12.2011 e al 30.6.2012 dovranno essere già raggiunti gli obiettivi di cui alla DGR 3140/2010.

Il nuovo PNGLA per le patologie oncologiche e cardiovascolari oggetto di monitoraggio richiede che i tempi massimi di attesa per ciascun PDT non devono essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia per almeno il 90% dei pazienti.

La DGR 600/2007 prevedeva che il percorso oncologico dovesse essere garantito al 100% degli assistiti che ne fanno richiesta.

Fermo restando l'obiettivo nazionale (90%), il mancato raggiungimento dell'obiettivo regionale del 100% per i percorsi oncologici impone all'Azienda Sanitaria l'attivazione di verifiche, volte a far emergere se tale eventualità dipenda o meno da inefficienze organizzative o da complessità di natura clinica.

Per quanto attiene alle prestazioni di ricovero, gli obiettivi sono:

al 31.12.2012:

- pazienti codificati come classe A - valore soglia 100%
- pazienti codificati come classe B - valore soglia 90%
- pazienti codificati come classe C - valore soglia 90%
- pazienti codificati come classe D - valore soglia 90%

Sono fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che richiedono attese inferiori.

I Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto devono adottare i Piani Attuativi Aziendali entro 60 giorni dall'adozionedel presente piano, secondo le modalità indicate e trasmetterli tempestivamente alla Segreteria Regionale per la Sanità.

Tali piani devono espressamente contenere tutti gli elementi oggetto del presente provvedimento e dar atto di tutte le azioni già poste in essere in base alla DGR 600/2007.

La Segreteria Regionale per la Sanità effettuerà la valutazione della rispondenza dei Piani Aziendali ai contenuti del Piano Regionale, verificando la completezza degli stessi e chiedendo, se necessario, eventuali integrazioni alle Aziende. La medesima Segreteria provvederà al monitoraggio periodico circa lo stato di attuazione delle attività programmate dalle Aziende sanitarie, anche con riferimento agli obiettivi intermedi già determinati, provvedendo con successive disposizioni a stabilire le modalità operative.

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 dell'argomento in questione 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;

VISTO il D.L.vo n. 124 del 29.4.1998

VISTA la Legge n. 266 del 23.12.2005

VISTO il DM 8.7.2010, n. 135

VISTO il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa di cui all'Intesa Stato Regioni rep n. 2555 del 28.3.2006

VISTO il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa di cui all'Intesa Stato Regioni rep n. 189/CSR del 28.10.2010

VISTA l'Intesa Stato- Regioni del 29.4.2010 rep. n. 52 relativa al "Sistema CUP Linee Guida Nazionali"

VISTA la D.G.R. n. 3683 del 13.10.1998

VISTA la D.G.R. n. 3535 del 12.11.2004

VISTA la D.G.R. n. 486 del 5.3.2004

VISTA la D.G.R. n. 2066 del 27.6.2006

VISTA la D.G.R. n. 600 del 13.03.2007

VISTA la D.G.R. n. 1079 del 17.04.2007

VISTA la D.G.R. n. 2049 del 3.07.2007

VISTA la D.G.R. n. 2611 del 7.08.2007

VISTA la D.G.R. n. 2812 dell'11.9.2007

VISTA la D.G.R. n. 4277 del 29.12.2009

VISTA la D.G.R. n. 212 del 3.2.2010

VISTA la D.G.R. n. 3140 del 14.12.2010

VISTA la D.G.R. n. 3444 del 30.12.2010

VISTA la D.G.R. n. 3436 del 30.12.2010

VISTA la D.G.R. n. 41 del 18/1/2011

VISTA la D.G.R. n. 310 del 15.3.2011

VISTA la D.G.R. n. 311 del 15.3.2011

VISTA la nota del Segretario per la Sanità prot. n. 93262 del 24 febbraio 2011

VISTO il Decreto Regionale n. 32 del 19.12.2005

VISTO il Documento di Linee Guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei Piani Regionali sui tempi di attesa di cui alla nota prot. n. 10134 del 25.3.2011 e nota prot. n. 14288 del 28.4.2011 del Ministero della Salute

VISTO il Documento Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui alla nota prot. n. 42754 del 30.12.2010 del Ministero della Salute]

delibera

1. di recepire l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;
2. di recepire l'Intesa del 29 aprile 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano relativa al "Sistema CUP Linee Guida Nazionali";
3. di adottare il Piano Regionale per il Governo delle liste d'attesa in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni sulle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 a completamento ed aggiornamento del Piano Regionale di cui alla DGR n. 600 del 13.3.2007;
4. di stabilire che gli **allegati A e B**, sono parte integrante del presente provvedimento;
5. di trasmettere la presente deliberazione di approvazione del Piano Regionale per il Governo delle liste d'attesa al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e al Ministero della Salute entro 20 giorni dalla data di approvazione;
6. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dello IOV, ad adottare i Piani Attuativi Aziendali entro 60 giorni dall'adozione del presente piano, secondo le modalità in premessa esplicitati e a trasmetterli tempestivamente alla Segreteria Regionale per la Sanità;
7. di incaricare la Segreteria Regionale per la Sanità di effettuare la valutazione della rispondenza dei Piani Aziendali ai contenuti del Piano Regionale e il monitoraggio periodico circa lo stato di attuazione delle attività programmate;
8. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.