



## Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)

## Disposizioni operative

Nel ribadire che i tempi massimi di attesa individuati dall'art 38 della l.r. 30/2016 sono riferiti solo alle prime visite e alle prime prestazioni e che alcune di queste sono inserite nelle tabelle "Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)" si precisa quanto di seguito esposto.

La prima visita specialistica/prestazione è quella che rappresenta il primo accesso dell'assistito al Sistema Sanitario Regionale relativamente ad un problema di salute che viene clinicamente affrontato per la prima volta. Alla luce di questo, con l'introduzione del nuovo sistema di assegnazione dei tempi di attesa definito con le tabelle RAO, tutti i codici con radice NTR 89.7.\_ (Prima Visita) non possono più essere associati a qualsiasi altra prestazione di specialistica ambulatoriale. Lo stesso dicasi per i codici 89.13\_ (Prima Visita Neurologica/Neurochirurgica), 89.26.1\_ (Prima Visita Ginecologica), 89.26.3\_ (Prima Visita Ostetrica), 89.8B.2\_ (Prima Visita Chirurgica Maxillo Facciale), 89.8B.6\_ (Prima Visita Odontostomatologica) 94.19.1\_ (Prima Visita Psichiatrica), 95.02\_ (Prima Visita Oculistica). Nel caso di un paziente cronico, esente per patologia, come esplicitato dalla Circolare Ministeriale n. 13 del 13 dicembre 2001, 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 prescritta con codici aventi radice NTR 89.01.\_ (Visita di Controllo/Follow up) è da trattare amministrativamente come "controllo", dovrà essere organizzativamente gestita come una prima visita con inserimento negli spazi delle agende prioritarie al fine di offrire tempi appropriati.

La visita di controllo, o di follow up, è quella successiva 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 secondo e terzo 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 che restano in capo alla struttura richiedente. La prenotazione di visite e prestazioni di controllo deve essere obbligatoriamente programmata al momento della conclusione della visita da parte dello specialista che attiva la presa in carico del paziente secondo la organizzazione aziendale. La relativa prescrizione deve essere effettuata dallo stesso specialista se autorizzato all'uso del ricettario o, quando non autorizzato, demandata al MMG/PLS del paziente. Questo sistema di gestione delle prestazioni di controllo va adottato da tutti gli erogatori e rientra nella logica della presa in carico del paziente. A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile). Quindi, per le attività legate alla presa in carico e ai controlli e follow up, devono essere istituite apposite Agende dedicate alle prestazioni, intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente come indicato nella DGR n. 863/2011.

Le Aziende dovranno farsi carico di garantire la prenotazione e la conseguente tempestiva erogazione anche ai controlli imprevisti dovuti a riacutizzazione di patologie croniche. La prenotazione andrà fatta nel rispetto della tempistica indicata in ricetta dal medico prescrivente e dal punto di vista amministrativo tali visite e/o prestazioni saranno considerate di controllo.

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



935e47f4



diagnostico prevalente esplicitato. Quesiti diagnostici non corretti (es., accertamenti) rendono nulla la classe di priorità, derubricando la prima visita/accesso in prestazione di controllo. Infatti la diagnosi/sospetto diagnostico 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.

Le visite o le altre prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero per acuti programmato devono essere eseguite dalla struttura che ha programmato il ricovero stesso, e come indicato dalla legge n. 662 del 1996 (art.1, comma 18), appartengono all'area dell'assistenza ospedaliera. Fanno altresì parte dell'episodio di ricovero per acuti le prestazioni eseguite dopo la dimissione del paziente, ma necessarie al completamento dell'iter diagnostico/terapeutico, in quanto ritenute indispensabili per la diagnosi finale o per il completamento della cura intrapresa, indicate nella lettera/relazione di dimissione ed eseguite nell'ambulatorio della struttura dimettente, di norma entro 30 gg dalla dimissione. Per tali prestazioni non è dovuta alcuna partecipazione da parte dell'assistito in quanto il relativo corrispettivo è incluso nella tariffa del DRG.

La validità temporale della ricetta del SSN è tuttora regolamentata dall'art. 35, comma 1 L. 449 del 27 dicembre 1997, tuttavia il limite temporale è ridefinito all'atto della prenotazione/accettazione: una volta che la prestazione prescritta è stata prenotata, infatti, la ricetta resta valida fino al momento dell'erogazione, anche se l'appuntamento fosse fissato oltre il termine assegnato. La prescrizione resta valida anche nel caso in cui l'appuntamento già fissato per l'erogazione della prestazione debba essere spostato per esigenze del paziente e/o della struttura erogante.

La priorità della prestazione è invece dettata dalla prescrizione, secondo le distinzioni contenute nel Piano Nazionale Liste di Attesa e nei RAO; ciò nonostante se la prestazione non viene prenotata entro i tempi previsti, perché il cittadino non la utilizza in tempo utile, il codice di priorità decade. In questo caso, per il calcolo della data di scadenza della priorità, farà fede la data di rilascio da parte del prescrittore: passato tale periodo l'utente è tenuto a ritornare dal proprio medico curante per una eventuale rivalutazione clinica.

Le eventuali modifiche delle condizioni di erogabilità da parte delle Regioni nel proprio territorio, anche se, in generale, rappresentano uno strumento di miglioramento dell'appropriatezza, non possono in alcun modo costituire una restrizione del diritto del cittadino a ricevere la prestazione rispetto a quanto previsto dalla normativa a livello nazionale. Ciò vale soprattutto nel caso di prestazioni erogate a cittadini residenti fuori Regione, che di regola non possono accedere ai percorsi regionali organizzati che compensano le eventuali condizioni di erogabilità più stringenti rispetto a quelle nazionali. Nello specifico se per una determinata prestazione la Regione del Veneto ha stabilito condizioni di erogabilità più stringenti, ma ha contemporaneamente definito un percorso diagnostico terapeutico che facilita l'erogazione appropriata di quella prestazione, deve comunque garantire l'accesso alla stessa prestazione, al di fuori dei percorsi organizzati, ai cittadini residenti fuori Regione secondo le condizioni di erogabilità previste dal livello nazionale.

Come già stabilito dalla DGR n. 1164 del 06 agosto 2019, 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).

I tempi di galleggiamento vengono così ribaditi:

- 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.

Si ricorda che se l'utente, una volta contattato, dovesse rifiutare l'appuntamento proposto (a meno che non si tratti di validi motivi), perde il diritto alla priorità. Inoltre, poiché la maggior parte delle prestazioni "controllo" sono legate ad una presa in carico da parte dello specialista, non dovrebbero essere presenti nel sistema dei "galleggiamenti", pertanto, ai fini di rendicontazione/controllo da parte della Regione, verranno prese in considerazione solo le prime visite/accessi, ossia le prescrizioni prioritarizzate.



935e47f4

