

## LA GIUNTA REGIONALE

- visto il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 recante “ Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell’art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449”, ed in particolare l’art. 3, commi 10 – 15, nei quali si prevede la definizione, da parte delle regioni, dei criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende USL ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall’efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l’erogazione della stessa;
- richiamata la propria deliberazione n. 2891 in data 24 agosto 1998 relativa alla determinazione dei criteri per la definizione dei tempi massimi che possono intercorrere tra la richiesta di prestazioni sanitarie e l’erogazione delle stesse da parte dell’USL della Valle d’Aosta, ai sensi del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124;
- visto l’accordo stipulato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di spesa sanitaria sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano l’8 agosto 2001;
- visto il decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 recante “Interventi urgenti in materia sanitaria”;
- visto l’accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell’art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 22 novembre 2001;
- visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 che definisce i livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale;
- considerato che il criterio di appropriatezza delle prestazioni nonché di priorità per l’accesso alle stesse costituiscono una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza;
- richiamate le proprie deliberazioni:
  - n. 3354 in data 17 settembre 2001 concernente l’approvazione delle modalità di esecuzione dei controlli di appropriatezza sull’utilizzo dell’ospedale ai sensi in particolare dell’art. 88, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388;
  - n. 5022 in data 24 dicembre 2001 relativa all’approvazione di linee guida per l’attivazione, l’organizzazione e il funzionamento, da parte dell’Azienda USL, delle attività di chirurgia di giorno (day surgery) e ambulatoriale e per la valutazione dell’appropriatezza delle prestazioni fornite e successive modificazioni;

- n. 5026 in data 24 dicembre 2001 relativa all'approvazione dell'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e successive modificazioni;
- n. 5021 in data 24 dicembre 2001 recante disposizioni all'Azienda USL ai fini della definizione del contratto di programma e per la successiva adozione del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2002 e per il triennio 2002/2004 ed in particolare l'individuazione degli obiettivi prioritari nell'ambito dei quali è prevista la riduzione delle liste di attesa;
- dato atto che con deliberazione del Direttore Generale n. 494 del 25 febbraio 2002 l'Azienda ha rideterminato i tempi di attesa riferiti al mese di dicembre 2001 per le visite e le prestazioni sanitarie erogate dalle U.B. dell'area ospedaliera, confermando, nel contempo i tempi di attesa per le specialità ambulatoriali e consultoriali dell'area territoriale rilevati nel 4° trimestre 2001;
- ritenuto necessario adottare opportune misure finalizzate a garantire l'erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate in regime ambulatoriale individuando criteri di priorità per l'accesso sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza;
- considerata l'importanza che in questo contesto riveste l'approvazione e la conseguente introduzione nei processi diagnostico-terapeutici di protocolli di accesso differenziati condivisi dagli operatori sanitari, il cui utilizzo consente il governo delle liste di attesa per le prestazioni soggette a maggiore domanda, nonché l'erogazione di prestazioni appropriate in quanto erogate secondo indicazioni cliniche di provata efficacia, nel momento giusto e secondo le opportune modalità;
- considerato che occorre facilitare i percorsi assistenziali con la promozione di un modello organizzativo dei servizi omogeneo ed integrato, finalizzato sia alla riduzione delle liste di attesa che alla razionalizzazione degli accessi alle strutture per l'effettuazione delle prestazioni sanitarie;
- considerato che tale modello si basa anche su una sempre maggior valorizzazione dell'autonomia professionale, in tutte le sue articolazioni categoriali, affidando a ciascun professionista le valutazioni in ordine all'appropriatezza delle prestazioni ritenute necessarie;
- considerato che per raggiungere soluzioni partecipate, sulla base di modalità di confronto e di concertazione, e finalizzate all'organizzazione e alla realizzazione di percorsi assistenziali dei cittadini all'interno del sistema curante, è necessario che l'Azienda coinvolga, con competenze diverse, i medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri e territoriali;

- valutata l'opportunità, in considerazione anche della attuale situazione delle liste di attesa alle prestazioni, che l'Azienda elabori inizialmente protocolli per l'accesso differenziato alle seguenti prestazioni specialistiche ed esami strumentali:
  - ecocardiogramma
  - ecografie
  - eco-color-doppler
  - elettromiografia
  - endoscopia digestiva
  - densitometria ossea
  - tomografia assiale computerizzata ( TAC )
  - Risonanza magnetica nucleare ( RMN )
  - Esami di laboratorio per profili diagnostici;
  
- ritenuto necessario che l'Azienda predisponga i protocolli e percorsi sopraindicati, nell'osservanza dei seguenti principi:
  - necessità di offrire ai cittadini prestazioni di specialistica ambulatoriale adeguate in termini quantitativi ed appropriate, ossia di comprovata efficacia diagnostica per le situazioni di patologia per cui sono richieste;
  - necessità di omogeneità prescrittiva, che si basi sulle migliori evidenze di risultato disponibili;
  - necessità di assicurare un uso razionale ed appropriato delle risorse professionali disponibili teso al raggiungimento di una migliore efficienza delle prestazioni sanitarie;
  - necessità di ottimizzare l'utilizzo del patrimonio tecnologico a disposizione;
  - determinazione di una correlazione sostanziale tra la gravità/urgenza di una corretta richiesta di prestazione e i tempi di erogazione della prestazione stessa;
  - individuazione di tre specifiche categorie di richiesta di prestazione: urgente, urgente differibile e programmabile;
  - determinazione delle responsabilità derivanti dal ruolo assunto, nei vari momenti prescrittivi e di refertazione , dallo specialista ospedaliero, territoriale e dal MMG (Medico Medicina Generale);
  - riconoscimento di un ruolo centrale dello specialista ospedaliero nell'ambito della gestione dei percorsi attivati dal MMG;
  - introduzione di procedure e di strumenti, concordati tra professionisti tesi a rendere operativo un nuovo modello organizzativo della specialistica ambulatoriale;
  
- considerato che l'avvio di tali nuove procedure, volto a facilitare i percorsi dei cittadini, avendo un forte impatto sull'organizzazione aziendale suggerisce, da un lato, una fase sperimentale finalizzata al monitoraggio sia in itinere che a scadenze predeterminate, e, dall'altro, la possibilità di espletamento, in situazioni di particolare urgenza, di prestazioni libero-professionali nei confronti dell'Azienda da parte del personale dipendente e l'eventuale attribuzione alle équipes sanitarie di forme incentivanti finalizzate al rispetto dei tempi di attesa;

- sentite in data 23 marzo 2002 le Organizzazioni Sindacali dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti ambulatoriali, nonché la direzione dell'Azienda U.S.L.;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 5186 in data 31.12.2001 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2002/2004, con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal Direttore della Direzione Salute dell'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13 - comma 1 - lett. e) e 59 - comma 2 - della legge regionale n. 45/1995, sulla legittimità della presente deliberazione;
- su proposta dell'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, Roberto Vicquéry;
- ad unanimità di voti favorevoli,

#### DELIBERA

1°) l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate in regime ambulatoriale è definito sulla base di criteri di gravità clinica e di appropriatezza delle prestazioni. A tal fine allo scopo di favorire il massimo coordinamento fra la richiesta di prestazioni effettuate dal medico prescrittore e la struttura che eroga le prestazioni, la gravità clinica del paziente è valutata sulla base della seguente classificazione delle prestazioni:

- prestazioni urgenti  
L'urgenza corrisponde alla necessità di interventi indilazionabili da espletarsi nel più breve tempo possibile, in rapporto ad un rischio attuale di peggioramento o di danno ed il trattamento è indispensabile quoad valetudinem. Le prestazioni urgenti devono essere limitate ad un numero esiguo di casi, richieste in modo esplicito e motivato dal medico prescrittore ed erogate in giornata e comunque nelle 24 ore successive alla richiesta seguendo percorsi di accesso privilegiati. Trattasi di prestazioni che richiedono una risposta (referto, approfondimento diagnostico o trattamento terapeutico) urgente;
- prestazioni urgenti differite  
L'urgenza differibile è una condizione medico-chirurgica acuta che richiede una diagnosi dalla quale deriva l'indicazione di un trattamento differibile. Tali prestazioni, la cui effettuazione può essere differibile di qualche giorno, ma comunque erogata in tempi brevi, devono essere richieste in modo esplicito e motivato dal medico prescrittore ed erogate, nei casi di richiesta appropriata, di norma, entro 7 giorni dalla data della prenotazione seguendo percorsi di accesso preferenziali. In via eccezionale e per casi limitati che saranno definiti in sede aziendale tale termine può essere prorogato fino a 15 giorni;
- prestazioni programmabili

Tali prestazioni, che non rivestono carattere di urgenza, ricomprendono tutte le prime visite o primi accessi ad esami strumentali ad esclusione delle urgenze e delle urgenze differite. Le richieste appropriate devono essere erogate in tempi massimi predefiniti non superiori a 30 giorni per le prime visite specialistiche e non superiori a 60 giorni per i primi esami strumentali;

- prestazioni non comprese in percorsi privilegiati

Tali prestazioni comprendono:

- le visite di controllo successive alla prima e altre prestazioni successive al primo contatto, ricontrolli periodici, follow-up della malattia, previsti per patologie croniche stabilizzate e ben controllate dalla terapia che sono da programmare nella continuità terapeutica-assistenziale del paziente;
  - gli accertamenti disposti a fini certificativi.
- Le modalità di erogazione saranno disciplinate dall'Azienda nel rispetto della qualità del processo assistenziale e delle necessità e motivazioni di carattere social;

2°) di stabilire che l'Azienda UsI approvi, in via sperimentale, entro la data del 30 giugno 2002, a seguito di confronto e concertazione con i medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri e territoriali, specifici percorsi per l'accesso differenziato, per gravità e tipo di patologia, alle prestazioni di diagnostica strumentale e terapeutica sottoelencate:

ecocardiogramma  
ecografie,  
eco-color-doppler,  
elettromiografia,  
endoscopia digestiva,  
densitometria ossea,  
tomografia assiale computerizzata (TAC),  
risonanza magnetica nucleare (RMN),  
esami di laboratorio per profili diagnostici;

3°) di stabilire che l'Azienda USL predisponga i protocolli dei percorsi relativi alle prestazioni sopraindicate nell'osservanza dei seguenti principi:

- necessità di offrire ai cittadini prestazioni di specialistica ambulatoriale adeguate in termini quantitativi ed appropriate, ossia di comprovata efficacia diagnostica per le situazioni di patologia per cui sono richieste;
- necessità di omogeneità prescrittiva, che si basi sulle migliori evidenze di risultato disponibili;
- necessità di assicurare un uso razionale ed appropriato delle risorse professionali disponibili teso al raggiungimento di una migliore efficienza delle prestazioni sanitarie;
- necessità di ottimizzare l'utilizzo del patrimonio tecnologico a disposizione;
- determinazione di una correlazione sostanziale tra la gravità/urgenza di una corretta richiesta di prestazione e i tempi di erogazione della prestazione stessa;

- individuazione di tre specifiche categorie di richiesta di prestazione: urgente, urgente differibile e programmabile di cui al precedente punto 1);
  - determinazione e valutazione delle responsabilità derivanti dal ruolo assunto, nei vari momenti prescrittivi e di refertazione, dallo specialista ospedaliero, territoriale e dal MMG;
  - riconoscimento di un ruolo centrale dello specialista ospedaliero nell'ambito della gestione dei percorsi attivati dal MMG;
  - introduzione di procedure e di strumenti, concordati tra professionisti tesi a rendere operativo un nuovo modello organizzativo della specialistica ambulatoriale;
- 4°) di stabilire che l'Azienda U.S.L. definisca, sulla scorta dell'esperienza maturata e dei risultati ottenuti, un sistema di manutenzione dei protocolli e percorsi per l'accesso differenziato, nonché l'eventuale adozione di ulteriori protocolli e percorsi, al fine di garantire ai cittadini la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria;
- 5°) di stabilire che l'Azienda U.S.L. valuti l'attività prescrittiva dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e ospedalieri nell'ambito degli obiettivi individuati in sede di attribuzione di budget;
- 6°) di stabilire che l'Azienda U.S.L. trasmetta trimestralmente all'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali i dati sui tempi di attesa secondo la classificazione indicata al precedente punto 1°) e con riferimento a tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali, dando atto che non sono considerate oggetto di rilevazione le prestazioni "non comprese in percorsi privilegiati" e le prestazioni inserite nei programmi regionali di screening effettuati a scopo preventivo;
- 7°) di incaricare il Direttore generale dell'Azienda U.S.L. dell'attuazione delle disposizioni previste dalla presente deliberazione stabilendo che l'inosservanza dei tempi massimi di attesa sarà oggetto di valutazione da parte della Regione ai fini dell'attribuzione del trattamento economico aggiuntivo sia al direttore generale che al direttore sanitario, nonché da parte dell'Azienda ai fini della retribuzione di risultato dei dirigenti di struttura complessa o semplice;
- 8°) di stabilire che in situazioni di particolare urgenza finalizzate al rispetto dei tempi di attesa come sopra classificati, l'Azienda può prevedere meccanismi di incentivazione del personale utilizzando forme di remunerazione legate al risultato, nell'ambito della contrattazione decentrata con le Organizzazioni Sindacali, nonché prevedere l'eventuale espletamento, fuori dell'orario di servizio ed in misura aggiuntiva non superiore a quelle rese in regime istituzionale, di prestazioni libero-professionali da parte del proprio personale sanitario dipendente;
- 9°) di incaricare la struttura competente dell'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali di attivare un sistema di monitoraggio dei tempi e di trasmettere i relativi dati al Ministero della Salute e, per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, al tavolo di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria;

10°) di trasmettere la presente deliberazione all'Azienda USL per i successivi adempimenti di competenza.