

## LA GIUNTA REGIONALE

- 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;
- visto l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002, con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrando i livelli essenziali di assistenza sanitaria già definiti con D.P.C.M. del 29 novembre 2001 con apposite linee-guida, di cui alla lettera b) del suddetto accordo;
- visto il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al D.P.C.M. 29 novembre 2001;
- visto l'accordo sancito dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002 con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sul documento di indicazioni per l'attuazione dell'accordo del 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
- vista l'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 23 marzo 2005, in attuazione dell'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- visto l'art. 1, comma 282 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della Salute;
- visto l'art. 1, comma 283 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che prevede l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale; che ha altresì affidato alla suddetta Commissione il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal successivo comma 284;
- visto l'art. 1, comma 284 della succitata legge n. 266/2005 che ha stabilito le sanzioni amministrative da applicarsi, da parte delle Regioni e Province autonome, sulla base dei criteri fissati dalla anzidetta Commissione nazionale ai responsabili del divieto stabilito dal comma 282 del medesimo articolo 1 di "agende chiuse", nonché delle violazioni

dell'obbligo, di cui all'art. 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, delle aziende sanitarie locali, dei presidi ospedalieri, delle aziende ospedaliere, di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri;

- visto l'accordo sancito dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 marzo 2006, con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;
- visto l'art. 34 comma 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, in base al quale la Regione Valle d'Aosta provvede al finanziamento del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 2618 in data 2 agosto 2004, concernente l'approvazione di direttive all'Azienda USL della Valle d'Aosta per la disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria da parte del personale della dirigenza del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Regionale;
- considerato che la suddetta intesa prevede che le Regioni e Province autonome debbano adottare un piano regionale attuativo, da trasmettere al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che garantisca i seguenti aspetti:
  1. Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso.
  2. Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sociosanitarie.
  3. Gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP) che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità ed individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione.
  4. Garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva.
  5. Velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio.
  6. Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione;
- considerato che l'intesa di cui si tratta prevede che le Aziende USL adottino un programma attuativo aziendale entro 90 giorni dall'adozione dei piani attuativi regionali;
- ritenuto necessario adottare opportune misure finalizzate a garantire sia il ricovero, sia l'erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime ambulatoriale, individuando criteri di priorità per l'accesso sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza;
- considerato necessario procedere, per ragioni di unitarietà e di trasparenza degli atti amministrativi, alla revoca delle precedenti deliberazioni della Giunta regionale n. 2891 in

data 24 agosto 1998 e n. 1482 in data 29 aprile 2002 ed approvare un nuovo documento che disciplini integralmente le misure atte a consentire il governo delle liste di attesa;

- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1766 in data 15 giugno 2006 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2006/2008, con decorrenza 16 giugno 2006, e di disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole rilasciato dal capo del Servizio sanità ospedaliera dell'Assessorato sanità salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13, comma 1, lettera e) e 59, comma 2, della legge regionale n. 45/1995, sulla presente proposta di deliberazione;
- su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Antonio Fosson;
- ad unanimità di voti favorevoli

## **DELIBERA**

- 1) di approvare il programma regionale di contenimento delle liste di attesa ed i relativi atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, riportati nell'allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante;
- 2) di rinviare ad una successiva deliberazione l'istituzione del flusso informativo relativo alle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili;
- 3) di dare atto che il piano Aziendale dovrà essere adottato entro il termine di 90 giorni decorrenti dall'adozione della presente deliberazione;
- 4) di stabilire che l'Azienda USL dovrà trasmettere mensilmente, a decorrere dal 1° gennaio 2007, il file relativo ai pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico, di cui al punto 2 della sezione "Ricoveri" dell'allegato alla presente deliberazione;
- 5) di revocare, per ragioni di unitarietà e di trasparenza degli atti amministrativi, le precedenti deliberazioni della Giunta regionale n. 2891 in data 24 agosto 1998 e n. 1482 in data 29 aprile 2002;
- 6) 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 al Direttore generale, nonché da parte dell'Azienda ai fini della retribuzione di risultato dei dirigenti di struttura complessa o semplice;
- 7) di trasmettere la presente deliberazione all'Azienda USL per i successivi adempimenti di competenza;
- 8) di provvedere alla pubblicazione integrale della presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

**PROGRAMMA REGIONALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA E RELATIVI ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA**

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

**1. Criteri di priorità**

L'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate in regime ambulatoriale è definito sulla base di criteri di gravità clinica e di appropriatezza. Allo scopo di favorire il massimo coordinamento fra la richiesta di prestazioni effettuata dal medico prescrittore e la struttura che eroga le prestazioni, la gravità clinica del paziente è valutata sulla base delle seguenti classi di priorità:

- U - Urgenza immediata: corrisponde alla necessità di interventi immediati verso i quali la risposta deve essere fornita da parte dei servizi a ciò deputati (pronto soccorso ospedaliero, punti di primo intervento territoriali, U.O. 118).
- A - Urgenza differibile: pur non esistendo la condizione di intervento immediato, corrisponde alla necessità di interventi indilazionabili da espletarsi nel più breve tempo possibile in quanto il ritardo, al di là di ogni appropriato tempo di attesa, potrebbe condurre a:
  - rischio di compromissione rapida e severa dello stato di salute del paziente;
  - rischio provato che il ritardo nell'erogazione della prestazione comporti la compromissione dell'attività di recupero dello stato di salute;
  - impossibilità a svolgere le proprie e normali attività quotidiane in ragione dello stato di salute.

Tali prestazioni devono essere richieste in modo esplicito e motivato dal medico prescrittore ed erogate entro 72 ore dalla data di prenotazione seguendo percorsi di accesso preferenziali.

- B - Prestazioni di primo accesso: sono prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Devono essere erogate in tempi massimi non superiori a 30 giorni per le prime visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
- P - Prestazioni programmabili:
  - visite/esami di controllo, intesi come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente;
  - prestazioni inserite in programmi di prevenzione;
  - accertamenti disposti a fini certificativi.

**2. Criteri per la definizione dei percorsi per le prestazioni di tipo diagnostico-terapeutico**

L'Azienda USL si impegna a garantire che il completamento di un "pacchetto" di prestazioni diagnostiche ambulatoriali, per la definizione di un quesito richiesto successivamente ad una prima visita, venga erogato, nel suo insieme, entro 60 giorni dalla data della richiesta.

### **3. Riorganizzazione del CUP**

L'azienda USL dovrà mantenere il sistema CUP aziendale sviluppandone le potenzialità in termini di riconoscimento del medico prescrittore, in modo tale da garantire la possibilità di effettuare una revisione trimestrale dell'attività prescrittiva.

L'Azienda USL dovrà inoltre sviluppare il CUP telefonico nonché la rete telematica attualmente esistente tra Ospedale e Territorio al fine di migliorare la tipologia ed il numero degli esami messi a disposizione dopo la validazione.

### **4. Organizzazione della libera professione**

L'Azienda USL, al fine di garantire comunque il rispetto di quanto sopra definito (rispetto dei tempi massimi di attesa per prime visite e prestazioni diagnostico-strumentali), può utilizzare l'istituto della libera professione nell'interesse dell'Azienda, secondo quanto previsto dai vigenti CC.CC.NN.LL..

### **5. Informazione e comunicazione delle liste di attesa**

L'Azienda USL, mediante il sito web aziendale, le campagne informative, la guida ai servizi, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ed il CUP, dovrà trasmettere ai cittadini informazioni costantemente aggiornate sull'offerta e l'accessibilità alle prestazioni erogate ed in particolare:

- tipologie di prestazioni
- modalità di accesso
- tempi di attesa
- sedi presso le quali possono essere erogate
- modalità di erogazione e di ritiro della refertazione.

L'Azienda USL provvederà inoltre, con cadenza annuale, ad istituire un tavolo di confronto con i rappresentanti del Centro Servizi per il Volontariato, al fine di promuovere un maggior coinvolgimento degli utenti e delle loro associazioni.

### **6. Agende chiuse**

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa solo per motivi tecnici quali i guasti alle apparecchiature o l'indisponibilità di operatori o tecnologie.

La sospensione dell'erogazione non può avvenire senza l'approvazione della direzione sanitaria dell'Azienda USL, che dovrà, entro 3 giorni dall'inizio della sospensione, darne comunicazione ai competenti servizi dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, specificando:

- di quale prestazione è stata sospesa l'erogazione,
- presso quale struttura,
- la data di sospensione,
- i motivi della sospensione,
- il tempo presunto di sospensione e le iniziative messe in atto per la risoluzione del problema.

L'Assessorato sanità, salute e politiche sociali provvederà ad informare, con cadenza semestrale, il Ministero della salute di tutte le sospensioni effettuate.

E' in ogni caso vietata la sospensione delle prenotazioni. Nel caso in cui l'erogazione sia stata interrotta per i motivi di cui sopra, l'attività di prenotazione deve proseguire con due opzioni:

- calcolare e assegnare nuovi tempi in funzione della stima del periodo di interruzione;

- fissare dei pre-appointamenti, ovvero indicare un periodo nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione, dando comunicazione all'utente che la data precisa verrà comunicata direttamente dall'Azienda oppure ottenuta mediante una telefonata ad un numero indicato.

Ai responsabili della violazione del divieto di sospensione delle prenotazioni verranno applicate le sanzioni previste dal comma 284 dell'art. 1 della Legge Finanziaria 2006, secondo i criteri che verranno fissati dalla Commissione Nazionale sull'appropriatezza.

E' ammesso il ricorso alla forma di "pre-appointamento" limitatamente alle prestazioni per le quali, a causa di peculiarità organizzative legate alla formazione dei turni degli specialisti, non sia possibile stabilire con anticipo di 60 giorni il calendario di esecuzione delle stesse.

In questi casi l'Azienda si impegna a trasmettere ai competenti uffici dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali l'elenco delle prestazioni interessate e a comunicare all'utente, con un preavviso minimo di una settimana, la data e l'orario di esecuzione della prestazione dopo aver recepito la richiesta ed aver garantito l'erogazione della prestazione secondo l'ordine cronologico di ricevimento della richiesta e nel rispetto della priorità clinica.

#### **7. Monitoraggio dei tempi di attesa**

La deliberazione della Giunta regionale n. 4525 del 21 dicembre 2005 ha istituito un flusso informativo delle prestazioni ambulatoriali che prevede la differenziazione delle prestazioni sulla base delle classi di priorità assegnate nonché l'indicazione delle date di prenotazione ed erogazione delle stesse.

L'Azienda USL della Valle d'Aosta dovrà provvedere affinché almeno il 90% delle prestazioni erogate presso le proprie sedi, sia presso l'ospedale sia presso i poliambulatori, venga inserito in tale flusso.

L'Assessorato provvederà trimestralmente, sulla base dei dati forniti dal flusso in questione, al monitoraggio dei singoli tempi di attesa.

#### **8. Misure previste nel caso di superamento dei tempi massimi**

Al fine di evitare e/o contenere il superamento dei tempi massimi di attesa previsti dalla presente deliberazione, l'Azienda USL metterà in atto le misure necessarie al contenimento della domanda, con azioni mirate all'applicazione di criteri clinici di appropriatezza e alla diffusione dell'informazione/formazione del cittadino e delle Associazioni che lo rappresentano, e con azioni organizzative aziendali.

#### **9. Individuazione delle strutture nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa sono garantiti**

Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi massimi di attesa previsti, l'Azienda USL potrà avvalersi di strutture private accreditate regionali ove possibile e, nel caso di prestazioni non eseguibili in loco, di apposite convenzioni con strutture accreditate extraregionali.

## **RICOVERI**

### **1. Classi di priorità**

I criteri per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico sono stabiliti, sulla base di quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002, mediante la suddivisione in quattro categorie:

**CLASSE A:** ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

**CLASSE B:** ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano dolore intenso, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

**CLASSE C:** ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

**CLASSE D:** ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Tale caratterizzazione può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico e va applicata sia ai ricoveri in regime ordinario sia ai ricoveri in day hospital.

La classe di priorità dovrà essere introdotta nella Scheda di Dimissione Ospedaliera a decorrere dal 1° gennaio 2007.

### **2. Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili e istituzione del relativo flusso informativo.**

L'istituzione del flusso informativo relativo alle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili è rinviata ad una successiva deliberazione.

In attesa di tale deliberazione l'Azienda USL dovrà trasmettere mensilmente, entro il mese successivo a quello di riferimento, in formato excel, un file relativo ai pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico, contenente le seguenti informazioni:

#### **File 1**

1. Dati anagrafici del paziente

#### **File 2**

1. Tipo di lista (pre-Ricovero Ordinario, Pre-Ricovero DH, Pre-Ricovero DH anest. locale, Uro-Endoscopia, Uro-SalaOperatoria, Ocu-Cataratte, Ocu-Altri Interventi, Ocu-Cataratte(biometria), Pre-Ricovero DH(Reg.Borgnalle), ecc.
2. Stato della lista  
Indica lo stato del paziente (in lista, chiuso, cancellato...).
3. Giornate di attesa  
Riporta il n. di giornate comprese tra la data di inserimento in lista ed il giorno in cui il paziente è stato ricoverato o (per i pazienti ancora in lista) tra la data di inserimento in lista e la data dello scarico del flusso.

4. Data di inserimento nell'agenda
5. Data out  
Indica la data in cui il paziente è stato sottoposto all'intervento programmato.
6. Unità operativa  
Deve essere indicata l'unità operativa che ha eseguito l'intervento.
7. Diagnosi  
Deve essere indicata la diagnosi che ha determinato la necessità di intervento chirurgico.
8. Intervento  
Corrisponde all'intervento chirurgico da eseguire.
9. Commento  
Indica i motivi eventuali di esclusione o cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista.
10. Classe di priorità  
Deve essere compilato in coerenza con le indicazioni riportate al paragrafo precedente.
11. Intervento principale  
Corrisponde all'intervento chirurgico principale eseguito.