

LA GIUNTA REGIONALE

- richiamato il Decreto del Ministero delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute 18 maggio 2004 recante “Applicazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell’art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, concernente la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica” ed in particolare il punto 3.1.4.8. del disciplinare tecnico;
- richiamata la propria deliberazione n. 3466 in data 17 novembre 2006, recante “Approvazione del programma regionale di contenimento delle liste di attesa e dei relativi atti di indirizzo all’Azienda USL della Valle d’Aosta. Revoca delle deliberazioni della Giunta regionale n. 2891 in data 24 agosto 1998 e n. 1482 in data 29 aprile 2002”;
- richiamata la propria deliberazione n. 3641 in data 14 dicembre 2007, recante “Approvazione dell’aggiornamento del flusso informativo, tra l’Azienda USL della Valle d’Aosta e l’Assessorato regionale Sanità, salute e politiche sociali, relativo al monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di assistenza farmaceutica. Sostituzione degli allegati a) e b) alla dgr 4525/2005”;
- considerato che la deliberazione 3466/2006, al punto 1. (Criteri di priorità) dell’allegato, definisce quattro classi di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate in regime ambulatoriale, nelle cui definizioni vi sono alcune espressioni che divergono, esclusivamente dal punto di vista formale, da quelle indicate dalla deliberazione successiva 3641/2007;
- ritenuto opportuno uniformare le definizioni provvedendo alla modificazione del punto 1. (Criteri di priorità) dell’allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 3466 in data 17 novembre 2006, limitatamente alla definizione delle quattro classi di priorità, in quanto la descrizione delle stesse e i tempi massimi di attesa previsti per ognuna di esse rimangono invariati;
- ritenuto opportuno, nonostante la modificazione riguardi solo il punto 1. (Criteri di priorità), riapprovare l’intero allegato in modo da renderne più agevole la consultazione e la relativa applicazione;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 3817 in data 21.12.2007 concernente l’approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2008/2010 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 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

D E L I B E R A

- 1) di modificare, come in premessa indicato, il punto 1. (Criteri di priorità) dell'allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 3466 in data 17 novembre 2006, concernente l'approvazione del programma regionale di contenimento delle liste di attesa e dei relativi atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta e di approvare il testo completo dello stesso, allegato alla presente deliberazione, di cui forma parte integrante, al fine di renderne più agevole la consultazione e la relativa applicazione;
- 2) di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa all'Azienda USL della Valle d'Aosta per i successivi adempimenti di competenza;
- 3) di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata integralmente sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

PB/

Allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 140 del 25/01/2008

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:

- **Urgenza-Emergenza**: 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).
- **U - 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.

- **D - Prestazioni differite**: 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.