

LA GIUNTA REGIONALE

visto il Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 “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”;

vista la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione” e, in particolare, l’articolo 2 che prevede che la Regione assicuri, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio socio-sanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali e appropriati di assistenza definiti dal Piano socio-sanitario regionale;

richiamata l’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012” (Rep. Atti n.189/CSR del 28 ottobre 2010), da cui l’approvazione della propria deliberazione n. 1293 del 3 giugno 2011, concernente l’approvazione del Programma regionale di contenimento delle liste di attesa 2011-2013 e dei relativi atti di indirizzo all’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta;

considerato, secondo quanto riferito dalla Struttura regionale competente in materia di programmazione socio-sanitaria del Dipartimento sanità e salute, che il Governo delle Liste di Attesa deve essere affrontato tenendo conto dell’appropriatezza clinica delle prestazioni prescritte ed erogate e di una organizzazione efficace ed efficiente dei servizi sanitari regionali, mantenendo qualità e sicurezza alle prestazioni rese in relazione al bisogno espresso e accertato;

vista l’intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (atto Rep. n. 2271), in particolare l’articolo 4, comma 1, lettera b, con il quale si prevede l’adozione di provvedimenti finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera al fine di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero;

vista l’intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n.243/CSR) e, in particolare, l’art. 6, comma 5 che, al fine di razionalizzare e incrementare l’appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, individua prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale;

vista la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 “Approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013”, tuttora vigente e, in particolare, le direttrici n.1, “Presidiare l’equità nella salute e nell’accesso appropriato ai servizi” e n.2, “Garantire e misurare la qualità del servizio sanitario e sociale”, che assegna una operatività specifica al controllo dei tempi di attesa;

vista l’intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. Atti n.82/CSR) e, in particolare l’art. 5, comma 19, nel quale si conferma che le Regioni e le Province Autonome assicurano l’erogazione delle prestazioni rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno, ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell’assistenza specialistica con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale;

visto il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” concernente gli standard minimi e massimi delle strutture di cui all’Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 5 agosto 2014 e, in particolare, laddove, nel richiedere l’ottimizzazione dell’assistenza ospedaliera (posti letto, sedute operatorie, tecnologia), si richiede anche di:

- costruire un sistema basato sull'integrazione dei servizi ospedalieri con la rete dei servizi territoriali, consentendo a tutte le componenti, di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di “presa in carico”, garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi;
- integrare la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDTA per le patologie complesse e a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari);

visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

vista l’Intesa, ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021” (Rep. Atti n.28/CSR del 21 febbraio 2019);

considerato che la Regione autonoma Valle d’Aosta è tenuta, al pari delle altre Regioni e Province autonome, a recepire, con proprio atto, i contenuti della predetta Intesa entro 60 giorni dalla stipula della stessa, approvando il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021;

considerato inoltre che, a seguito di tale atto, l’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta è tenuta ad adottare, previo parere favorevole della Struttura regionale competente in materia di Programmazione socio sanitaria, entro 60 giorni dall’approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021, un nuovo, o rinnovato, Programma Attuativo Aziendale in coerenza con quanto definito in ambito regionale, trasmettendo il medesimo, dopo la sua approvazione, al Dipartimento sanità e salute che provvederà, attraverso le strutture competenti, al monitoraggio delle iniziative e degli interventi previsti dal Programma;

considerato che la Struttura regionale competente in materia di programmazione socio-sanitaria, con nota Prot. n. 59 del 4 aprile 2019, ha convocato per il giorno 10 aprile 2019 uno specifico incontro con l’Azienda USL della Valle d’Aosta in merito ai nuovi contenuti del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 al fine di garantirne gli aspetti operativi e gestionali in essere;

richiamata la propria deliberazione n. 1530 del 20 settembre 2013 concernente l’approvazione della costituzione dell’Osservatorio regionale sulle Liste di Attesa e ritenuto, su proposta della Struttura regionale competenze in materia di programmazione socio-sanitaria del Dipartimento sanità e salute ,di modificarla secondo i nuovi assunti del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 e alla luce dell’aggiornamento delle competenze della Struttura programmazione socio-sanitaria di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 294 in data 8 marzo 2019 (“Ridefinizione parziale della struttura organizzativa dell’Amministrazione regionale a decorrere dal 1° aprile 2019 a integrazione e modificazione delle deliberazioni nn. 994/2018, 1109/2018, 1224/2018 e 1668/2018”);

considerato, secondo quanto riferito dalla Struttura regionale competente in materia di Programmazione socio-sanitaria, che:

a) il suddetto “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021” è fortemente connesso ad altri processi che si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto tra domanda e offerta di prestazioni e, in particolare:

- a quanto definito in materia di ricetta dematerializzata di cui al decreto Ministeriale 2 novembre 2011;

- agli orientamenti delineati in materia di Piano nazionale Anticorruzione in base alla Delibera dell' Autorità Nazionale Anticorruzione n.831 del 3 agosto 2016 e della successiva Delibera n.1074 del 21 novembre 2018, "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- alle norme contrattuali vigenti dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, in particolar modo per quanto attiene l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) di cui all'articolo 55, comma 2, lettera d) del CCNL 08/06/2000;
- agli Accordi collettivi nazionali per la medicina convenzionata, in particolar modo per quanto attiene le modalità prescrittive;
- agli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale, non solo secondo quanto disposto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, ma anche secondo quanto previsto dal Manuale per l'accreditamento istituzionale TRAC dell'Intesa del 20 dicembre 2012 e quelli per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi;
- alle Linee Guida nazionali CUP, di cui all'Accordo tra lo Stato e le Regioni e Province autonome del 29 aprile 2010 e degli aggiornamenti successivi;

b) essendo il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa un documento programmatico e trasversale, i contenuti dello stesso sono stati preventivamente concordati e condivisi con tutte le strutture competenti del Dipartimento stesso;

c) il suddetto "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021" prevede, entro 120 giorni dalla stipula dell'Intesa, l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute, composto da rappresentanti del Ministero competente, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), di tutte le Regioni e Province autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute, il quale, oltre ad affiancare le Regioni e le Province autonome nell'implementazione del Piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti a livello regionale, a rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini;

d) l'azione di monitoraggio da parte del Ministero della Salute - rivolta anche alle Regioni a statuto speciale che finanziano con il proprio bilancio il servizio sanitario regionale senza accedere al Fondo Sanitario Nazionale - è conforme ai recenti principi e orientamenti della programmazione nazionale, stabiliti dal decreto interministeriale denominato "Nuovo Sistema di Garanzia dell'assistenza sanitaria", che aggiorna il decreto interministeriale 12 dicembre 2001 in adempimento al decreto legislativo 56/2000 e in ottemperanza del quale, l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa fornirà periodicamente elementi informativi, dati e indicatori regionali;

richiamata infine la deliberazione della Giunta regionale n. 151 in data 8 febbraio 2019 concernente l'approvazione di indirizzi e di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi ai fini dell'adozione dell'accordo di programma e assegnazione all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta del finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti determinato con legge regionale 24 dicembre 2018, n.12;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1672 in data 28 dicembre 2018, concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2019/2021, come adeguato con DGR n. 377 in data 29 marzo 2019, e delle connesse disposizioni applicative;

visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dalla dirigente della Struttura Programmazione socio-sanitaria del Dipartimento sanità e salute, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Mauro Baccega;

ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

1. di recepire il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021 (REP. ATTI N. 28/CSR del 21 febbraio 2019) e di approvare, conseguentemente, il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021 e 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 modificare la propria deliberazione n. 1530 del 20 settembre 2013 concernente l'approvazione della costituzione dell'Osservatorio Regionale sulle Liste di Attesa nel modo che segue:
 - a. il punto 1 del dispositivo è sostituito con il seguente:

“1. di approvare la costituzione dell'Osservatorio Regionale sulle Liste di Attesa che sarà così composto:
Dirigente della struttura regionale competente in materia di programmazione socio sanitaria;
Dirigente della struttura competente in materia di assistenza sanitaria ospedaliera territoriale e formazione del personale sanitario;
Direttore sanitario dell'Azienda U.S.L.;
Direttore dell' Area territoriale dell'Azienda U.S.L.;
Direttore medico del Presidio ospedaliero dell'Azienda U.S.L.;
Dirigente dell'Azienda U.S.L. responsabile del CUP Unico e delle Liste di Attesa;
N.2 Rappresentanti di cui uno individuato dalle associazioni di volontariato in ambito socio sanitario e uno dalle Associazioni dei consumatori e di pubblica tutela, con una eventuale turnazione annuale”
N.1 Rappresentante delle Organizzazioni sindacali confederali con una eventuale turnazione annuale”;
 - b. dopo il punto 1 del dispositivo sono inseriti i paragrafi seguenti:
 - *1bis. di stabilire che l'individuazione dei due rappresentanti di cui al paragrafo precedente, uno delle Associazioni di volontariato in ambito socio sanitario e uno delle Associazioni dei consumatori e di pubblica tutela, avvenga per il tramite del Coordinamento Solidarietà Valle d'Aosta (in seguito denominato CSV) in quanto organizzazione di volontariato di secondo livello e come tale garante dei principi democratici di gestione basati sull'elettività dei propri organi sociali e amministrativi da parte dell'assemblea che riunisce tutti i soci;*
 - *1ter. di stabilire che l'individuazione dei due Rappresentanti nominati per il tramite del CSV avvenga entro 60 giorni dall'approvazione della presente deliberazione dandone formale comunicazione alla Struttura regionale competente in materia di Programmazione socio sanitaria entro e non oltre 70 giorni dall'approvazione della presente deliberazione;*
 - *1quater. di stabilire che l'individuazione del Rappresentante delle organizzazioni sindacali avvenga per designazione congiunta entro 60 giorni dall'approvazione della presente deliberazione dandone formale comunicazione alla Struttura regionale competente in materia di Programmazione socio sanitaria entro e non oltre 70 giorni dall'approvazione della presente deliberazione ;*
 - c. il punto 2 del dispositivo è sostituito con il seguente:

“di rinviare ad un successivo provvedimento dirigenziale la nomina dei componenti dell’Osservatorio in argomento unitamente alla metodologia di lavoro e alla periodicità delle riunioni;

d. il punto 3 del dispositivo è sostituito con il seguente:

“ di stabilire che l’Osservatorio avrà le seguenti funzioni:

- *esaminare e valutare i dati relativi alle tempistiche d’attesa per l’erogazione delle prestazioni ambulatoriali e i ricoveri programmati*
- *evidenziare eventuali situazioni di criticità e formulare proposte e/o strategie finalizzate al tempestivo superamento delle stesse;*
- *analizzare e indicare le misure da mettere in atto al fine di facilitare l’accesso ai cittadini alle prestazioni rese dal Servizio sanitario Regionale e razionalizzare i processi di prescrizione e di erogazione;*
- *esaminare e valutare in termini di analisi i valori degli indicatori regionali che costituiranno debito informativo verso il costituendo Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute”;*

3. di dare atto che entro il termine di 60 giorni, decorrenti dall’approvazione della presente deliberazione, l’Azienda U.S.L. dovrà adottare, previa trasmissione alla Struttura regionale competente in materia di Programmazione socio sanitaria del Dipartimento sanità e salute per la valutazione di conformità, il Piano Attuativo Aziendale in coerenza con quanto definito in ambito regionale nell’Allegato alla presente deliberazione;
4. di trasmettere la presente deliberazione all’Azienda U.S.L. per gli adempimenti di competenza;
5. di trasmettere la presente deliberazione, entro 30 giorni dalla sua adozione, alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute;
6. di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale in quanto le spese trovano copertura nell’ambito dei finanziamenti annuali trasferiti dalla Regione all’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta e la partecipazione ai gruppi di lavoro o all’Osservatorio Regionale sulle Liste di Attesa costituisce rapporto di collaborazione fornito dai componenti individuali a titolo gratuito;
7. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul sito internet della Regione Autonoma Valle d’Aosta www.regione.vda.it;
8. di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata, per estratto, sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d’Aosta.

PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA
PER IL TRIENNIO 2019-2021
E RELATIVI ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA

Nel confermare molti degli assunti già contenuti nel precedente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010 -2012 (Rep Atti 189/CSR del 18 ottobre 2010), recepiti con deliberazione della Giunta regionale n.1293 del 3 giugno 2011, il presente Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021, che recepisce il Piano Nazionale Governo delle Liste di attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato con Intesa dalla Conferenza Stato e Regioni il 21 febbraio 2019 (Rep Atti 28/CSR), si sviluppa su 4 assi fondamentali:

- il governo della domanda
- il governo dell'offerta
- il monitoraggio
- la comunicazione.

Il PRGLA 2019-2021 assume come elemento favorente e non secondario per la riduzione dei tempi di attesa, la riorganizzazione sul territorio regionale degli attuali punti di erogazione delle prestazioni ambulatoriali e dà mandato all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta (in seguito denominata Azienda U.S.L.) affinché predisponga un'analisi dei dati riferita ai tempi di attesa per specialità clinica, frequenza delle richieste e sede di erogazione che, in accordo con gli operatori sanitari e i rappresentanti dei cittadini, consenta di pervenire a un nuovo e più funzionale modello di governo dell'offerta territoriale, che garantisca il rispetto dei tempi massimi, differenziando l'offerta delle singole discipline sulla base della distanza geografica concordata per ricevere la prestazione, dell'efficienza della singola struttura erogatrice, della capacità di risposta al fabbisogno e al governo delle liste di attesa.

Il Piano Attuativo Aziendale individua l'intero territorio regionale come ambito di garanzia, quantificando l'offerta necessaria a garantire il rispetto del tempo massimo di attesa.

A tal fine, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni, e in relazione alle risorse disponibili, il PRGLA 2019-2021 prevede l'attuazione di modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali del personale, quali, ad esempio, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate per l'abbattimento delle liste di attesa.

Ove necessario, l'Azienda U.S.L. provvederà a documentare formalmente alla Struttura regionale competente, la definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie e dovrà essere elaborato un dettagliato piano che evidenzia le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento di personale, nonché un quadro dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto o manutenzione) nonché l'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

La valutazione conseguente terrà conto della priorità di intervento rispetto ai bisogni di salute e di assistenza, dei rischi eventuali dovuti al mancato rinnovamento delle apparecchiature e della sostenibilità economico finanziaria nel tempo di tali azioni.

Con riferimento al governo dell'offerta e al conseguimento della massima capacità produttiva ospedaliera, l'Azienda U.S.L., in accordo con i principi del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n.70, dovrà anche prevedere l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri e delle sale operatorie programmando, ove necessario, sedute anche pomeridiane e, più in

generale, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione, laddove questi richiedano interventi di facilitazione.

1. Tempi massimi di attesa

Il PRGLA 2019-2021 recepisce, dal PNGLA 2019- 2021, i tempi massimi di attesa sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, previste dall'allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) e dagli atti regionali relativi ai LEA aggiuntivi (visite ed esami di diagnostica strumentale), sia per le prestazioni da ricovero, determinandoli nel modo seguente.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso i tempi massimi di attesa in relazione alla classe di priorità per tutte le prestazioni prescritte e prenotate sono i seguenti:

codice	definizione	Tempo massimo di attesa
U	Urgente	72 ore
B	Breve	10 giorni
D	Differibile	30 giorni se prima visita specialistica
		60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale
P	Programmabile	120 giorni*

*180 giorni solo per l'anno 2019

L'Azienda U.S.L. dovrà individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscano il rispetto dei tempi massimi di attesa per almeno il 90% di tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

L'Azienda U.S.L. è tenuta inoltre a specificare, utilizzando le griglie RAO di Agenas o altri modelli di governo clinico purché conformi alla metodica RAO e concordati sia dai medici erogatori, sia dai medici prescrittori del servizio sanitario regionale (SSR), le classe di priorità da attribuire alla singola tipologia di prestazione in riferimento all'indicazione clinica ad essa collegata.

Le prescrizioni devono sempre riportare: il quesito diagnostico, il tipo di accesso e, nel caso dei primi accessi, la classe di priorità.

Il Piano prevede l'utilizzo della classe P per le prestazioni di primo accesso quando queste riguardano accertamenti o verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico e la prognosi del paziente.

In merito al tipo di accesso si ribadisce che:

- il *primo accesso* è il primo contatto del paziente con la struttura erogatrice per un problema di salute non ancora noto e diagnosticato dal SSR, oppure è la prestazione di approfondimento/completamento della diagnosi richiesta da uno specialista, oppure ancora, nel caso di un paziente già in carico, la prestazione richiesta per un aggravamento della condizione clinica già nota;
- l'*accesso successivo* è riferito al medesimo problema di salute ed è finalizzato al follow-up, a una rivalutazione clinica o terapeutica e/o a un aggiornamento.

Le prescrizioni successive al primo accesso non richiedono l'attribuzione della classe di priorità; devono essere prescritte e prenotate dallo specialista/struttura che ha in carico il paziente, se non diversamente richiesto dal paziente stesso.

Per i ricoveri ospedalieri (ordinari o day hospital) i tempi massimi di attesa per ciascuna delle classi di priorità sono i medesimi previsti dal precedente PNGLA 2010-2012 e recepiti con la deliberazione della Giunta regionale n.1293 del 3 giugno 2011, di seguito indicati.

Classe di priorità del ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o comunque arrecare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, disfunzione gravi o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio dalla prognosi.
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 nella prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita, ma da effettuarsi almeno entro 12 mesi, per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità.

L'inserimento nella lista di attesa dei ricoveri deve avvenire tramite procedura informatizzata centralizzata a livello di Azienda U.S.L., gestita dalla Direzione medica di Presidio.

La Direzione sanitaria dell'Azienda U.S.L. deve poter accedere, in visione, alla suddetta procedura informatizzata.

Il responsabile della proposta di ricovero è il medico, anche di struttura convenzionata, che effettua la visita specialistica ed è inoltre responsabile del corretto inserimento del paziente in lista di prenotazione della propria struttura e della completa informazione al paziente circa i tempi di attesa per il ricovero.

Ogni Direttore di Struttura è responsabile della pianificazione dei ricoveri programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza, imparzialità e appropriatezza clinica e dell'individuazione di un sistema di criteri esplicito e documentato per l'assegnazione delle priorità clinica ai pazienti in lista di attesa, nonché dell'attivazione di eventuali azioni correttive qualora si verificano scostamenti significativi rispetto agli standard previsti.

L'ordine di esecuzione degli interventi/ricoveri deve basarsi sulla classe di priorità assegnata, sulla data di inserimento in lista e, nell'ambito della stessa classe di priorità, su criteri di gravità clinica.

Il flusso informativo delle liste di prenotazione dei ricoveri dovrà essere trasmesso mensilmente ai competenti uffici dell'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali come previsto già dalla precedente deliberazione della Giunta regionale n.1293 del 3 giugno 2011.

2. Definizione del fabbisogno

Tra i principali strumenti di governo dell'offerta, il PRGLA 2019-2021, in conformità con il PNGLA 2019-2021, riconosce la necessità di condurre delle analisi sul fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali dei residenti, distinguendo tra il primo accesso dagli accessi successivi.

Tale attività di analisi, che include anche le prestazioni rese ai residenti da strutture extra regionali in mobilità sanitaria interregionale, costituisce la base per la definizione del fabbisogno complessivo regionale ed è posta in carico ai Direttori dei due Distretti dell'Area territoriale dell'Azienda U.S.L. che dovranno fare richiesta alla Struttura regionale competente dei dati relativi alla mobilità sanitaria extraregionale.

Il piano delle prestazioni erogabili, costruito sulla base del suddetto fabbisogno regionale, deve strutturarsi in base alla definizione dei volumi di prestazioni ambulatoriali specifici per branca, da erogarsi nelle strutture del servizio sanitario pubblico ed eventualmente nelle strutture del privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite, o di primi esami, e di controlli (ovvero di accessi successivi).

Il ricorso alle strutture private accreditate convenzionate va subordinato all'impossibilità di soddisfare la domanda con le strutture del servizio sanitario pubblico.

3. Trasparenza delle liste di attesa

La trasparenza delle liste di attesa deve essere garantita a ogni cittadino per tutte le prestazioni, siano esse di specialistica ambulatoriale (visite ed esami diagnostici) o di ricovero (ordinario o diurno).

Con riferimento alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, il PRGLA 2019-2021, in conformità con il PNGLA 2019-2021, stabilisce la visibilità dei sistemi informativi aziendali da parte della Regione - per il tramite dell'Assessorato regionale competente - delle Agende di prenotazione, sia per i primi accessi, sia per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del servizio sanitario regionale, sia l'attività erogata in regime di libera professione intramuraria (ALPI) sia, infine, quella resa dal privato accreditato convenzionato.

Nello specifico, l'erogatore accreditato, conformemente con quanto stabilito dall'ANAC (delibera n.831 del 3 agosto 2016), si impegnerà *“a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto”*

L'Azienda U.S.L. concorda con i soggetti accreditati le modalità di inserimento nel CUP unico delle prestazioni da questi rese in regime di convenzione.

Con riferimento ai ricoveri, al fine di garantire la massima trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa devono essere comunicate al cittadino informazioni puntuali sul suo ricovero, sulla classe di priorità assegnata e sul relativo tempo massimo di attesa, oltre alle necessarie indicazioni organizzative previste, quali, ad esempio, quelle che riguardano le procedure del pre-ricovero.

Ciascun paziente potrà richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione medica di Presidio secondo le modalità stabilite nel Programma Attuativo Aziendale e rese pubbliche ai cittadini sul sito web dell'Azienda U.S.L. o per il tramite dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP).

Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente, o il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità a cura del medico proponente, mantenendo traccia della motivazione al rinvio dell'intervento sul flusso informativo delle liste di prenotazione dei ricoveri.

4. Percorsi di tutela

Il PRGLA 2019-2021 recepisce dal PNGLA 2019-2021 la definizione e la conseguente applicazione di "percorsi di tutela". L'Azienda U.S.L. pertanto deve definire dei percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche che prevedano anche, per le sole richieste di primo accesso, che, qualora venga superato il tempo massimo di attesa per la classe di priorità corrispondente, l'Azienda U.S.L. possa individuare e attivare una specifica procedura che permetta al paziente residente, con il solo pagamento del ticket, se dovuto, di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato.

5. Presa in carico del paziente

Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte e prenotate contestualmente all'erogazione della prestazione da parte del professionista/struttura che ha in carico il paziente se non diversamente richiesto da questi, senza che il paziente sia rimandato al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta per la prescrizione.

A tal fine l'Azienda U.S.L. dovrà provvedere affinché a ogni specialista sia reso l'accesso al sistema unico CUP per la prenotazione delle visite o delle prestazioni diagnostiche o terapeutiche prescritte al paziente già in carico, e dovrà inoltre monitorare l'effettiva prescrizione e prenotazione contestuale alla prestazione da parte del professionista/struttura.

Per i pazienti con patologie croniche diagnosticate, le prestazioni da rendere all'interno dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (in seguito denominati PDTA), di cui al successivo Piano regionale per la cronicità, dovranno rispettare i medesimi criteri previsti per le patologie di area oncologica o cardiovascolare.

6. Libera Professione Intramuraria e blocchi

Per Attività Libero-Professionale Intramuraria (in seguito denominata ALPI) si intende l'attività che la dirigenza del ruolo sanitario medica e non medica, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'assistito pagante, a integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.

L'ALPI viene esercitata in strutture ambulatoriali interne all'Azienda U.S.L.

Le disposizioni relative all'ALPI si applicano a tutto il personale della dirigenza che non abbia optato per l'attività extra muraria, nonché, ai soli fini dell'attribuzione degli incentivi economici, al restante personale sanitario e degli altri ruoli che collabora per l'esercizio dell'attività ALPI.

L'attività libero-professionale viene erogata nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionali e attività libero-professionali secondo quanto previsto dall'art. 15-*quinquies*, comma 3 del Decreto legislativo n.502/1992. Successivamente, l'articolo 22-*bis* del decreto legge 223/2006 ha affidato alle Regioni il compito di controllare le modalità di svolgimento dell'attività intramoenia dei dirigenti sanitari, stabilendo un limite in termini quantitativi all'attività libero professionale. Il decreto legge citato, infatti, impone che l'attività libero-professionale non superi, sul piano quantitativo e nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale dell'anno precedente. Si richiamano altresì la legge 3 agosto 2007, n. 120, così come novellata dall'articolo 2 del decreto legge 158/2012, l'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 e il DPCM 27 marzo 2000, che regolamentano l'ALPI.

Si ricordano, inoltre, le indicazioni regionali in materia, applicative delle norme nazionali sopra richiamate, contenute nelle deliberazioni della Giunta regionale nn. 2618/2004, 2912/2008 e 571/2013, ed eventuali successive modificazioni.

In particolare, l'Azienda U.S.L. è tenuta, ai sensi degli atti normativi e delle direttive sopra richiamati, a:

1. assicurare delle modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista riserva all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale, in quanto l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali;
2. esplicitare, nella definizione annuale di budget, sentiti i responsabili di struttura:
 - i volumi di attività libero professionale intramuraria complessivamente erogata dal personale assegnato alla struttura da loro diretta;

- i volumi di attività istituzionale, tenuto conto delle risorse disponibili, in funzione della garanzia dei tempi massimi indicati dalla Regione per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime istituzionale.

In sede di verifica di budget da parte dell'Azienda U.S.L. dovrà inoltre essere valutato l'andamento delle condizioni negoziate e il progressivo conseguimento degli obiettivi di riduzione dei tempi di attesa.

Il professionista che eroga prestazioni in libera professione intramurale su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere le prestazioni utilizzando il ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (in seguito denominato SSN) per proseguire l'iter diagnostico terapeutico con oneri a carico del servizio sanitario regionale.

È previsto il blocco dell'attività di libera professione intramuraria nei seguenti casi:

- quando l'attività in libera professione intramuraria eccede, per la medesima prestazione specialistica, quella erogata in regime istituzionale;
- quando la lista di attesa per la singola prestazione eccede i tempi di attesa massimi previsti dal presente PRGLA 2019-2021 per le rispettive classi di priorità, nel caso che la medesima sia erogata anche in libera professione intramuraria (fatta salva l'erogazione delle prestazioni già prenotate).

Nello specifico caso, il blocco della LPI non viene attivato solo nella seguente condizione: se l'Azienda U.S.L. dimostra di avere provveduto a una riorganizzazione dei punti di erogazione sul territorio regionale che permetta il ripristino dei tempi massimi di attesa e, inoltre, se l'Azienda U.S.L. dimostra di avere attivato ed esaurito tutta l'attività erogata in libera professione a favore dell'Azienda U.S.L. (LPA) autorizzata ed ha altresì verificato che gli specialisti, per quella specifica prestazione, hanno accettato di svolgere tutta l'attività in LPA richiesta dall'Azienda U.S.L.

L'Azienda U.S.L., ai sensi dell' art. 3, comma 13 del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, procede, nei casi ivi previsti, all'erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, sostenute economicamente dall'Azienda stessa, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Solo in tale caso il professionista potrà utilizzare il ricettario del SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

7. Libera Professione a favore dell'Azienda U.S.L. (LPA)

L'Azienda U.S.L., al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, può concordare con i professionisti e le équipes - ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d) del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria - secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni attraverso l'acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo.

L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa.

Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale.

Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario del SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

La Libera Professione a favore dell'Azienda U.S.L. è comunque un esercizio da considerarsi straordinario e temporaneo, al quale ricorrere solo in condizioni di effettiva necessità, quali l'eccezionalità e la tassatività delle prestazioni, l'accertamento della carenza organica di dirigenti nella specifica disciplina, non immediatamente risolvibile, l'impossibilità di copertura della citata carenza attraverso atti di riorganizzazione interna, il riscontro formale e periodico delle liste di attesa e un'accurata analisi con riguardo agli oneri a carico del bilancio aziendale.

8. Organismo paritetico regionale

È prevista dal PRGLA 2019-2021 l'attivazione dell'Organismo paritetico regionale, da istituire con apposito atto della Giunta regionale che ne individui i componenti, all'interno delle attività di verifica dello svolgimento delle attività libero professionali di cui all'Accordo Stato regioni del 18 novembre 2010, art.3, comma 3.

9. Capacità produttiva

La riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni deve inoltre prevedere, conformemente a quanto stabilito dal PNGLA 2019-2021, l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini (RMN, TAC, PET/CT, Acceleratori) e robotica per almeno l'80% della loro capacità produttiva.

A tal fine, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni e in relazione alle risorse disponibili, il PRGLA 2019-2021 prevede l'attuazione di modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali del personale quali, ad esempio, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate per l'abbattimento delle liste di attesa.

10. Informazione e comunicazione delle liste di attesa

Il PRGLA 2019-2021 sottolinea, al pari del PNGLA 2019-2021, l'importanza della comunicazione e della informazione sulle liste di attesa ai cittadini e agli operatori (in particolare per quanto riguarda la distinzione tra primi accessi e accessi successivi, la loro prenotazione e i "percorsi di tutela" in caso di sfioramento dei tempi massimi) attraverso: sezioni dedicate e accessibili sui siti web regionale e aziendale, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione attiva degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato interessate.

11. Monitoraggi istituzionali e relativi flussi informativi

Il PRGLA 2019-2021 è improntato a garantire le seguenti azioni di monitoraggio istituzionale, elencate di seguito, che prevedono che tutte le agende di prenotazione siano gestite tramite CUP unico.

Sono pertanto individuati a livello nazionale e costituiscono obbligo informativo verso le istituzioni competenti, i seguenti monitoraggi.

1. Monitoraggio in modalità ex post per le prestazioni ambulatoriali

Viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art.50 della legge n.326/2003.

Ai fini di tale monitoraggio, oltre a quelli già previsti, sono stati aggiunti i seguenti campi obbligatori:

- Tipo di accesso: indica se la prestazione si riferisce ad un primo accesso o accesso successivo;
- Garanzia dei tempi massimi: il cittadino ha diritto alla garanzia del tempo massimo se:
 - a) accetta il primo posto disponibile ovunque erogato sul territorio regionale;
 - b) rifiuta per ragioni personali il primo posto disponibile, ma accetta una seconda proposta erogabile entro i tempi massimi previsti per la classe di priorità assegnatagli, anche in sede diversa dalla prima proposta;
 - c) rifiuta il primo posto disponibile ma il tempo di attesa per la prestazione da prenotare è superiore ai limiti previsti per la classe di priorità assegnatagli.

2. Monitoraggio in modalità ex ante

Riguarda le prestazioni ambulatoriali previste al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 erogate in regime istituzionale per le classi di priorità B, D e P prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

3. *Monitoraggio in modalità ex post per i ricoveri*

Riguarda le prestazioni di ricovero erogate in regime istituzionale e viene rilevato attraverso il flusso SDO. Per garantire la qualità del dato è obbligatorio l'utilizzo delle liste di prenotazione dei ricoveri di cui al punto 1 del presente PRGLA 2019-2021.

4. *Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione*

La sospensione dell'attività di erogazione deve essere approvata dalla Direzione sanitaria dell'Azienda U.S.L. che dovrà comunicarlo entro una settimana alla Struttura regionale competente, specificando:

- La prestazione per la quale è stata sospesa la prestazione
- La struttura interessata
- La data di sospensione
- Il motivo della sospensione
- Il tempo presunto di sospensione
- Le iniziative messe in atto per la soluzione del problema.

Il Ministero della Salute rileverà, con cadenza semestrale, le sospensioni dell'attività di erogazione.

In caso di sospensione dell'attività di erogazione l'attività di prenotazione deve comunque proseguire secondo una delle seguenti modalità:

- Calcolo e assegnazione di una nuova prenotazione in funzione della stima del periodo di interruzione;
- Assicurare dei pre-appuntamenti, ovvero indicare il periodo nel quale si presume possa essere erogata la prestazione dando informazione all'utente che la data precisa sarà comunicata direttamente dall'Azienda U.S.L.

L'Azienda U.S.L., nel proprio Programma Attuativo Aziendale, deve specificare le modalità prescelte e dovrà sempre privilegiare lo spostamento del personale sanitario e/o dei macchinari allo spostamento dei soli pazienti prenotati.

5. *Monitoraggio dei PDTA in ambito cardiovascolare e oncologico*

Il monitoraggio sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle linee guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

6. *Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria (ALPI) per conto e a carico dell'utente*

Il monitoraggio si attuerà secondo le relative linee guida, attualmente in fase di revisione presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), che trasmetterà annualmente il risultati di tale attività sia al Ministero della salute, sia all'Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale.

7. *Monitoraggio della presenza sui siti web di Regioni e Aziende U.S.L. di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa.*

Il monitoraggio prevede la verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti web della Regione autonoma Valle d'Aosta e dell'Azienda U.S.L.

8. *Monitoraggio della effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica e privata accreditata) nel sistema CUP*

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi saranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute a seguito dell'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

Divieto di sospensione delle prenotazioni

E' assolutamente vietata la sospensione delle prenotazioni.

Spetta alla Regione la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e l'applicazione delle relative sanzioni amministrative (come da articolo 1, comma 282 e 284 della legge 266/2005).

12.Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa

Entro 120 giorni dalla stipula dell'Intesa sul PNGLA 2019-2021 (Rep.Atti 28/CSR del 21 febbraio 2019) sarà istituito, presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, composto da rappresentanti del Ministero competente, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), di tutte le Regioni e Province autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute.

L'Osservatorio, oltre ad affiancare le Regioni e le Province autonome nell'implementazione del PNGLA 2019-2021, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti a livello regionale, a rilevare le criticità e a fornire indicazioni per uniformare i comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini.

Il debito informativo stabilito da suddetto Osservatorio in termini di dati e indicatori impegnerà anche la Regione autonoma Valle d'Aosta attraverso i dati di attività dell'Azienda U.S.L. al pari delle altre Regioni a statuto ordinario. L'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa fornirà, infatti, periodicamente, elementi informativi al decreto sul Nuovo Sistema di Garanzia dell'assistenza sanitaria di cui al Decreto legislativo n.56/2000 e ora esteso anche alle Regioni a statuto speciale.

Uno specifico set di indicatori di flusso, di utilizzo comune nell'analisi dell'attività ospedaliera, sarà reso noto successivamente e costituirà debito informativo istituzionale verso il costituendo Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

13.Osservatorio Regionale sulle Liste di Attesa

Il PRGLA 2019-2021 conferma l'utilità dell' Osservatorio Regionale sulle Liste di Attesa costituito con la deliberazione della Giunta regionale n.1530 del 20 settembre 2013, ne integra la composizione con una rappresentanza sindacale e ne modifica i meccanismi di individuazione dei due rappresentanti valorizzando il ruolo del Coordinamento Solidarietà Valle d'Aosta (in seguito denominato CSV) in quanto organizzazione di volontariato di secondo livello e come tale garante dei principi democratici di gestione basati sull'elettività dei propri organi sociali e amministrativi da parte dell'assemblea che riunisce tutti i soci.

I nominativi dei componenti l'Osservatorio saranno oggetto di un provvedimento dirigenziale che definirà contestualmente anche la metodologia di lavoro e la periodicità delle riunioni.

All'Osservatorio Regionale sulle Liste di Attesa, sono assegnate le seguenti funzioni:

- esaminare e valutare i dati relativi alle tempistiche d'attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e i ricoveri programmati
- evidenziare eventuali situazioni di criticità e formulare proposte e/o strategie finalizzate al tempestivo superamento delle stesse;
- analizzare e indicare le misure da mettere in atto al fine di facilitare l'accesso ai cittadini alle prestazioni rese dal Servizio sanitario Regionale e razionalizzare i processi di prescrizione e di erogazione;

- esaminare e valutare in termini di analisi i valori degli indicatori regionali che costituiranno debito informativo verso il costituendo Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute.

14. Appropriatelyzza prescrittiva ed erogativa

In merito al governo dell'offerta il PRGLA 2019-2021 promuove, al pari del PNGLA 2019-2021, la valutazione e il miglioramento dell'appropriatelyzza prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e esami diagnostici) e di ricovero.

E' necessario pertanto prevedere che gli Accordi Collettivi relativi alla disciplina dei rapporti tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti richiamino l'importanza di attenersi a quanto previsto dal presente PRGLA 2019-2021 per quanto concerne il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, l'identificazione di primo accesso o di accesso successivo, il quesito diagnostico e l'utilizzo corretto delle classi di priorità.

Al fine di favorire l'appropriatelyzza prescrittiva ed erogativa, il PRGLA 2019-2021 prevede:

- in termini di governo della domanda, la metodica RAO o dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- in termini di governo dell'offerta, la programmazione accurata del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale.

Il modello RAO, come noto:

- prevede il coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti) e dei medici erogatori;
- indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale Agenas "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" sperimentato insieme alle Regioni in una prima fase e allegato al documento di l'Intesa della Conferenza Stato e Regioni il 21 febbraio 2019 (Rep Atti 28/CSR) di approvazione del PNGLA 2019-2021.

Nell'ambito delle competenze previste dagli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti, la Regione, in accordo con l'Azienda U.S.L., definirà, con i professionisti in parola e per quanto di interesse, delle modalità condivise di attuazione delle indicazioni previste nel presente PRGLA 2019-2021 al fine di garantire un corretto accesso degli assistiti alle prestazioni sanitarie attraverso la condivisione dei principi utili alla definizione di primo accesso o di accesso successivo, del quesito diagnostico e dell'utilizzo corretto della classe di priorità.

Si richiede pertanto che l'Azienda U.S.L., nel nuovo Programma Attuativo Aziendale, indichi le griglie RAO che intende adottare, sulle quali sarà svolta un'azione specifica di valutazione della concordanza attribuita alla classe di priorità tra medico prescrittore e medico erogatore, conformando a questo scopo i propri sistemi informativi aziendali.

Il prospetto che segue, elaborato a fini di esempio sulla base dei dati contenuti nel flusso ASA (Assistenza Specialistica Ambulatoriale) mostra la metodologia applicata per la valutazione di concordanza della classe di priorità clinica assegnata in un arco di tempo definito su una data prestazione.

In ogni cella è indicato il numero di prescrizioni attribuite, sulla base dei criteri clinici condivisi e per la medesima prestazione, a ciascuna classe di priorità dal medico prescrittore e dal medico erogatore in un arco di tempo prestabilito (trimestre, semestre, anno) ritenuto congruo ai fini della numerosità statistica.

I valori in grassetto della diagonale sono quelli che entrano nel computo dell'Indice di concordanza (Ic), esprimibile in forma percentuale sul totale delle prestazioni verificate.

VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA DELLA CLASSE DI PRIORITA' CLINICA APPLICATA ALLA PRESTAZIONE "WKJ" dal (data) al (data)					
		Medico EROGATORE			
Medico PRESCRITTORE		U	B	D	P
	U	44	8	18	45
	B	4	150	51	225
	D		2	62	252
	P	1			52
Totale prestazioni 944					

$$\text{Indice di concordanza (Ic)} = (44 + 150 + 62 + 52 / 944) * 100 = (308/944) * 100 = 32,6\%$$

Nonostante si tratti di un percorso di affinamento progressivo della conoscenza e dell'esperienza clinica riferibile alle due tipologie di medici a confronto è auspicabile un valore dell'indice di concordanza che si attesti nel tempo su valori non inferiore al 70% -75%.

Per questa ragione, laddove i valori fossero di molto inferiori è necessario che i medici prescrittori e i medici erogatori rivedano insieme le indicazioni cliniche condivise in precedenza dal gruppo di lavoro e le ridefiniscano sulla griglia RAO anche alla luce dell'esperienza maturata dopo una prima applicazione.

Si rammenta infine che la voce "Altro", laddove presente nella griglia RAO, non dovrebbe superare, di regola, il 10% delle assegnazioni. Qualora questo accadesse in percentuali più elevate occorre redistribuire le indicazioni cliniche che sono andate a comporre la voce "Altro" nelle altre classi di priorità.

L'Azienda U.S.L. è tenuta a individuare, e successivamente ad applicare, la metodica RAO condivisa tra medico prescrittore e medico erogatore, anche alle procedure di diagnostica per immagini quali, ad esempio, quelle di cui all'Allegato 1 del PNGLA 2019- 2021(Manuale RAO Agenas).

Tale valutazione sarà alla base degli aggiornamenti progressivi successivi delle griglie RAO prodotte per singola prestazione e di conseguente aumento dell'appropriatezza.

15.CUP e sistemi di prenotazione on line

In coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti, il sistema CUP attualmente vigente in Valle d'Aosta dovrà progressivamente gestire, in maniera centralizzata, tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate.

Inoltre, il sistema CUP dovrà:

- gestire con agende separate i primi accessi dagli accessi successivi, distinguendo i primi accessi in base alla classe di priorità assegnata dal medico prescrittore;
- essere progressivamente aggiornato in tempo reale e in modalità on line, grazie anche al maggiore sviluppo e diffusione tra i residenti del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per permettere la consultazione dei tempi di attesa relativi all'offerta pubblica del servizio sanitario regionale o della libera professione intramuraria secondo le disponibilità effettive;

e, progressivamente, dovrà consentire di:

- consultare in tempo reale la lista di attesa relativa alla singola prestazione specialistica per classe di priorità;
- annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono o attraverso il CUP on line;
- pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
- visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
- ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.

Tutte le agende di prenotazione dovranno essere improntate a criteri di flessibilità in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità.

16. Prestazione non eseguita

Il PRGLA 2019-2021 dispone che il governo della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell’utente dovrà essere ulteriormente potenziato attraverso servizi telefonici di richiamata e/o servizi telematici di modifica o disdetta della prenotazione.

In base a quanto disposto dall’art.3 comma 15 dal decreto legislativo 124/1998 è confermato che *“L’utente che non si presenti, ovvero non preannunci l’impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione”* unitamente alla possibilità, da parte dell’Azienda U.S.L. di adottare eventuali sanzioni amministrative

17. Direttore generale dell’Azienda U.S.L.

Al Direttore generale dell’Azienda U.S.L. spetta la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell’attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 3 bis comma 7 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1002 n.502.

18. Prestazioni inserite nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) di area oncologica e cardiovascolare

Il PRGLA 2019-2021 conferma la garanzia e il rispetto dei tempi massimi di attesa nei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) nell’area cardiovascolare e oncologica per le prestazioni in questi inserite e riconosciute come adeguate e appropriate dal PDTA stesso.

Il PDTA è una sequenza predefinita e formalizzata di prestazioni articolate e coordinate, erogate a livello ambulatoriale territoriale e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di specialisti diversi (oltre che del paziente stesso) al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica, ovvero, l’assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni di vita quali, ad esempio, la gravidanza e il parto.

L’Azienda U.S.L. è tenuta ad assicurare la sequenza di prestazioni rese all’interno di un PDTA sulla base del modello organizzativo più funzionale, tenendo conto del contesto demografico e morfologico del territorio in cui è operativa e in cui devono essere applicati gli interventi.

Il PRGLA 2019-2021, conformemente a quanto stabilito dal Nuovo Sistema di Garanzia dell’assistenza sanitaria di cui al Decreto legislativo n.56/2000 prevede, anche per la Regione autonoma Valle d’Aosta, il calcolo e il conferimento di indicatori specifici riferiti a ciascuno dei PDTA oggetto di valutazione misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici.

La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà successivamente individuata nei compiti dell’Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

La fonte dei dati per il calcolo degli indicatori PDTA è rappresentata dagli archivi sanitari elettronici amministrativi interrogabili e presenti in tutte le Regioni di cui è possibile l’interconnessione, allo scopo di tracciare l’utente in tutti gli accessi alle prestazioni sanitarie di interesse.

19. Farmacie di comunità

Il PRGLA 2019-2021 prevede, per la loro diffusione sul territorio regionale, un ruolo attivo delle farmacie di comunità, incluse quelle presenti nelle aree maggiormente disagiate per lontananza dall'asse viario centrale, lateralità rispetto al fondo valle e altimetria, al fine di favorire l'accesso alla prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

20. Trasparenza del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa

Il PRGLA 2019-2021, successivamente alla sua trasmissione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute entro 30 giorni dalla sua approvazione, sarà pubblicato sul sito web della Regione autonoma Valle d'Aosta, all'interno del canale tematico dedicato alla Sanità.

Il contenuto del PRGLA 2019-2021 sarà oggetto, da parte dell'Assessorato regionale competente, di azioni dedicate di comunicazione e diffusione il più ampia possibile ai cittadini e alle associazioni che li rappresentano e che rappresentano i principali portatori di interesse.

21. Programma Attuativo Aziendale

Entro 60 giorni dall'adozione del presente PRGLA 2019-2021 con atto della Giunta regionale, l'Azienda U.S.L. dovrà adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o, eventualmente, aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto stabilito dal presente PRGLA.

Tale Programma Attuativo dovrà essere inviato alla Struttura regionale competente in materia di Programmazione socio sanitaria per una preventiva condivisione e validazione, prima della sua approvazione da parte del Direttore generale.

La Struttura regionale competente in materia di Programmazione socio sanitaria si occuperà, inoltre, del monitoraggio delle azioni in esso contenute e degli interventi realizzati.

Il Programma Attuativo Aziendale dovrà essere reso disponibile a tutti i cittadini, alle loro associazioni e a tutti i portatori di interesse per il tramite del Portale dell'Azienda U.S.L. e sarà oggetto di iniziative specifiche da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda stessa che provvederà anche a fornire chiarimenti e indicazioni laddove richieste dagli utenti secondo le modalità stabilite nel Programma Attuativo Aziendale.

Il Programma Attuativo Aziendale dovrà provvedere a:

- coinvolgere, in un percorso formativo dedicato, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ai fini del corretto recepimento dei contenuti del PRGLA 2019-2021, in particolare per quanto concerne la corretta distinzione tra primo accesso e accesso successivo e la corretta attribuzione della classe di priorità;
- mettere in atto (qualora la prestazione non venga erogata a livello regionale perché non presente o a seguito di una riorganizzazione delle reti cliniche regionali) un meccanismo di garanzia di accesso al cittadino anche con il ricorso di prestazioni extra regionali previo apposito accordo con la regione confinante anche a seguito di quanto disposto dal Decreto ministeriale n.70/2015 in tema di reti cliniche;
- individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture pubbliche e quelle private accreditate siano in grado di garantire i tempi massimi di attesa ad almeno il 90% di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- predisporre le modalità attraverso le quali lo specialista della struttura privata convenzionata che ha preso in carico il paziente (prima visita) possa prenotare la prestazione successiva tramite CUP aziendale;

- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e di ricovero controllando i dati trasmessi;
- garantire la completa e progressiva disponibilità di tutta l'offerta di specialistica (visite ed esami diagnostici) pubblica e privata accreditata attraverso il sistema CUP;
- garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale con l'uso delle classi di priorità, l'obbligo del quesito diagnostico e la tipologia di accesso (primo accesso o accesso successivo);
- garantire l'applicazione e il monitoraggio delle griglie RAO concordate, operando eventuali aggiornamenti;
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche ai cittadini sull'andamento dei tempi di attesa sul territorio, per specialità e sub ambito;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- garantire la diffusione e l'accesso di tali informazioni con tutti i canali disponibili oltre che con gli uffici preposti alle relazioni con il pubblico;
- fornire alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e controllarne l'applicazione;
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinari e intende adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.

Il monitoraggio dello stato di attuazione del Programma Attuativo Aziendale dovrà prevedere il coinvolgimento e la partecipazione delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute e, pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda U.S.L. delle associazioni e dei comitati dei diritti.

GLOSSARIO

Al fine di rendere univoco e corretto il significato attribuito alla terminologia in uso, si invita a fare riferimento al glossario in materia di liste di attesa, di cui all'Allegato D del PNGLA 2019-2021, recepito con Intesa della Conferenza Stato Regioni e Province autonome (Rep. Atti 28/CSR del 21 febbraio 2019).