



Piano Regionale Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA)

1. Introduzione	2
1.1. Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	2
1.1.1. Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	2
1.1.2. Tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni di chirurgia transitate al regime ambulatoriale	3
2. Apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.	3
3. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini.	4
4. Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale soggette a monitoraggio.	4
5. Attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva.	4
6. Validità della priorità di accesso e durata della prescrizione su ricetta SSR	5
7. Ambito di garanzia territoriale	5
8. Governo dell'offerta attraverso strumenti finalizzati all'ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili.	6
9. Accesso ambulatoriale tramite uso diffuso del CUP	7
10. Disdetta delle prenotazioni	7
11. Visibilità delle agende di prenotazione.	8
12. RAO e appropriatezza prescrittiva.	8
13. Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico	9
14. Definizione e applicazione di "percorsi di tutela"	10
15. Acquisto ed erogazione prestazioni aggiuntive	11
16. Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa	11
17. Informazione e comunicazione sulle liste di attesa: trasparenza	12
18. Diritti e doveri del cittadino	13
18.1. Diritti	13
18.2. Doveri	13
19. Responsabile Unico Aziendale dei tempi d'attesa (RUA)	14
20. Il monitoraggio dei Piani attuativi aziendali (PAA)	15
21. Scadenze	15
22. Trasmissione del Piano Regionale e adempimenti aziendali	15



1. Introduzione

1.1. Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

1.1.1. Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

La Regione del Veneto governa i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali mediante la normativa di seguito riportata.

La Legge Regionale 28 dicembre 2016, n. 30 e s.m.i. individua i tempi di attesa, divisi in classi di priorità, entro cui le Aziende ULSS, le Aziende Ospedaliere e l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) devono erogare le prime visite o le prime prestazioni.

Le tempistiche indicate dalla L.R. 30/2016 sono più favorevoli all'utente rispetto a quelle indicate nel vigente PNGLA 2019-2021 e pertanto, nella Regione del Veneto, restano in vigore le classi e i tempi di attesa già in uso, come da tabella seguente.

Tabella 1.

Classe di priorità	Tempistica
Classe U (urgente)	Entro 24 ore dalla presentazione
Classe B (breve)	Entro 10 giorni dalla data di prenotazione
Classe D (differibile)	Entro 30 giorni dalla data di prenotazione
Classe P (programmata)	Entro 60/90 giorni dalla data di prenotazione, secondo indicazione del medico prescrittore

La L.R. 30/2016 all'articolo 38 comma 4 lettera f), stabilisce che almeno il 90% delle prestazioni prioritarizzate deve essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità. Per le prestazioni in classe B il rimanente 10% deve essere erogato entro i successivi 10 giorni; mentre il 10% delle prestazioni in classe di priorità D e P non soddisfatte nei rispettivi tempi di attesa deve essere soddisfatto entro i successivi 30 giorni.

Resta in uso lo strumento del galleggiamento, come da DGR del 12 marzo 2013, n. 320 che assume la denominazione di "pre-appuntamento", coincidente con il concetto di pre lista del PNGLA.

Il ricorso alla lista di pre-appuntamento deve essere il più possibile limitato alle situazioni nelle quali non è possibile la prenotazione della prestazione in modalità "sincrona" alla richiesta da parte del cittadino, allo scopo di:

- prendere in carico l'utente e farsi carico, successivamente, e nel più breve tempo possibile, di ricontattarlo per completare la prenotazione precedentemente sospesa;
- consentire alle Aziende Sanitarie di individuare qualsiasi misura ritenuta idonea per garantire all'assistito l'erogazione della prestazione richiesta, entro la tempistica corrispondente alla classe di priorità prescritta;



In caso di momentanea impossibilità di garantire la prenotazione correlata alla priorità assegnata, le Aziende Ulss, le Aziende Ospedaliere, lo IOV e le strutture private accreditate sono tenuti ad inserire, nelle liste di pre-appointment condivise, tutte le prestazioni (prime visite/primi accessi), così come definite nella presente deliberazione (Allegato A1) e che potranno essere aggiornate con successivi atti della Direzione Generale di Area.

La Regione, per il tramite di Azienda Zero, definisce e rende disponibili i sistemi di monitoraggio per valutare la consistenza e l'andamento delle liste di pre appointment, al fine di consentire alle stesse di attivare idonei correttivi per erogare le prestazioni nei tempi garantiti.

1.1.2. Tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni di chirurgia transitate al regime ambulatoriale

I tempi d'attesa massimi per gli interventi chirurgici transitati nel regime ambulatoriale sono quelli previsti dalle classi di priorità dei ricoveri (Tabella 2), peraltro già determinati nell'Allegato A alla DGR n. 1164 del 6 agosto 2019. La classe di priorità prevista per l'erogazione della prestazione chirurgica (Classe A – B – C – D – E), come da DGR dovrà pertanto essere inserita nel sospetto diagnostico, dopo aver selezionato sulla modalità di accesso, nella prescrizione della dematerializza (DEMA), la voce "accesso successivo". I sistemi informatici di prescrizione DEMa devono garantire tale funzione.

Tabella 2.

Classe di priorità	Tempistica
Classe A	Entro 30 giorni dall'inserimento in lista
Classe B	Entro 60 giorni dall'inserimento in lista
Classe C	Entro 90 giorni dall'inserimento in lista
Classe D	Entro 180 giorni dall'inserimento in lista
Classe E	Entro 12 mesi dall'inserimento in lista

2. Apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.

Le Aziende ULSS, le Aziende Ospedaliere, lo IOV nonché le strutture private accreditate possono assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna, attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.



3. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini.

Il PNGLA prevede che le apparecchiature di diagnostica per immagini siano utilizzate almeno per l'80% della loro potenzialità. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione delle modalità organizzative opportune al fine di garantire che tale standard sia raggiunto.

4. Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale soggette a monitoraggio.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali il PNGLA prende in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al quesito diagnostico posto; tutte le prestazioni di controllo, quelle necessarie per la presa in carico del paziente, le prestazioni richieste in classe U e le prestazioni di screening non sono soggette al monitoraggio ma devono comunque essere garantite entro il tempo previsto dal percorso di cura avviato. In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio potranno essere integrati con successivi atti del Direttore di Area.

Le tipologie delle prime visite, delle prestazioni di diagnostica per immagini e degli altri esami specialistici oggetto di monitoraggio, sono riportate nell'Allegato A1, parte integrante del presente provvedimento, che sostituisce l'Allegato B della DGR n. 1164/2019.

5. Attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva.

Le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla congruità prescrittiva sono garantite attraverso l'uso della ricetta DEMA.

Le norme e le circolari regionali prevedono azioni di miglioramento sull'appropriatezza garantendo:

- a) utilizzo obbligatorio delle classi di priorità per i primi accessi;
- b) indicazione negli accessi di controllo del tempo massimo di erogazione;
- c) presenza obbligatoria del quesito diagnostico appropriato secondo le indicazioni presenti nei vari provvedimenti regionali susseguitisi nel tempo (DGR n. 320 del 12/03/2013 e s.m.i., da ultimo DGR n. 1562 del 06/12/2022);
- d) presenza obbligatoria della corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi;
- e) i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte a intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple.



6. Validità della priorità di accesso e durata della prescrizione su ricetta SSR

La priorità della prestazione è dettata dal bisogno di salute, secondo le distinzioni contenute nel Piano Nazionale Liste di Attesa e nei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO).

L'utente è quindi tenuto ad accedere a uno dei canali di prenotazione in tempi coerenti alla priorità indicata sulla prescrizione, al fine di usufruire del diritto di ricevere la prestazione nei tempi indicati dalla classe di priorità, a partire dalla data di contatto.

Qualora l'utente si presenti oltre i termini previsti da ciascuna classe di priorità (B=10 giorni, D=30 giorni, P= 60/90 giorni) l'obbligo del rispetto della tempistica di erogazione decade e l'Azienda non è tenuta a garantire la prestazione nei tempi previsti; in questo caso, nei flussi informativi, la prestazione viene identificata come G2 (garantita 2). Il sistema informatico dovrà garantire questa funzionalità, escludendo tali prestazioni dal calcolo della percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi garantiti.

Nell'ottica di efficientamento del sistema, è pertanto necessario sensibilizzare l'utenza sulla tempestività del primo contatto con le Aziende Sanitarie dopo la prescrizione, al fine di prenotare le prestazioni richieste, salvaguardando così la priorità ivi indicata. A far data dal 1° maggio 2024, la validità temporale della ricetta del SSN è stabilita in 180 giorni, tuttavia il limite temporale è ridefinito all'atto della prenotazione/accettazione: una volta che la prestazione prescritta è stata prenotata, infatti, la ricetta resta valida fino al momento dell'erogazione. La prescrizione resta valida anche nel caso in cui l'appuntamento già fissato per l'erogazione della prestazione debba essere spostato per esigenze del paziente e/o della struttura erogante.

Le prescrizioni per visite di controllo per riacutizzazione di patologia già nota dovranno essere richieste come "rivalutazione" (es: codice CVP 89.01.3_6 rivalutazione - visita cardiologica di controllo) identificando il quesito diagnostico e biffando la priorità in relazione al bisogno di salute del paziente.

7. Ambito di garanzia territoriale

Si definisce "**ambito di garanzia territoriale**" il **bacino** territoriale minimo entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni entro i tempi massimi previsti.

Ciascuna Azienda territoriale deve essere in grado di dimensionare la propria offerta al fine di soddisfare la domanda espressa, entro i tempi massimi definiti dalla priorità indicata. L'obiettivo è quello di assicurare la massima prossimità possibile all'utenza nell'erogazione delle prestazioni, considerando nel contempo la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate nonché la migliore allocazione delle risorse e la sostenibilità economica del sistema nel suo complesso.

L'individuazione degli ambiti territoriali di garanzia dipende principalmente da:

- dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione;
- dimensionamento delle risorse presenti/dedicate ai diversi punti di erogazione;
- dimensionamento della domanda;
- presenza di diversi erogatori, sia pubblici sia privati accreditati;
- livello di complessità della prestazione (basso, medio, alto, altissimo);

Le Aziende sono tenute ad individuare percorsi di tutela che, sulla base dello specifico contesto, garantiscano l'accesso alle prestazioni per i cittadini con età superiore ai 75 anni secondo il criterio della massima prossimità possibile. Le Aziende individuano altresì criteri di deroga agli ambiti di garanzia per



particolari situazioni di fragilità, garantendo la massima prossimità al fine di ridurre i disagi per i cittadini nell'accesso alle prestazioni.

Le Aziende utilizzeranno i suddetti criteri, che hanno carattere indicativo e non esaustivo, nella definizione degli ambiti di garanzia per ogni prestazione oggetto di monitoraggio (Allegato A3).

A tale scopo ogni Azienda Ulss considera in ciascun ambito territoriale l'insieme unitario delle risorse disponibili: territoriali, ospedaliere e del privato convenzionato. L'ambito territoriale minimo entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni si identifica, di norma, con il Distretto. In considerazione dell'offerta disponibile, che per alcune prestazioni può essere limitata, ogni singola Azienda deve definire un ambito geografico di garanzia aziendale o interaziendale, assicurato attraverso la formalizzazione di reti cliniche dell'offerta specialistica e accordi interaziendali, tenuto conto anche delle caratteristiche orografiche territoriali.

In tali ambiti i tempi massimi di attesa devono essere garantiti da ciascuna Azienda Ulss attraverso l'insieme degli erogatori, incluse le Aziende Ospedaliere-Universitarie di riferimento, laddove queste insistano nel bacino identificato.

Qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura, rinunciando alla prima disponibilità offerta nell'ambito del bacino di garanzia e nel rispetto dei tempi di attesa definiti dalla priorità della prescrizione, la **garanzia decade** e la prestazione viene codificata come G2 (garantita 2).

Le Aziende Ulss, qualora l'organizzazione al proprio interno venga modificata, sono tenute a rivedere gli ambiti di garanzia territoriali e a pubblicarli nel proprio sito Aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente", nonché a trasmetterli alla Direzione della Programmazione Sanitaria.

8. Governo dell'offerta attraverso strumenti finalizzati all'ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili.

Alcune delle modalità operative volte ad equilibrare domanda e offerta sono:

- a) gestione delle agende con l'adozione di un sistema di recall, di pre-appuntamento, con recupero sistematico degli eventuali spazi residui disponibili, per i livelli di priorità B, D e P;
- b) manutenzione delle liste di attesa e delle liste di pre-appuntamento, registrando rifiuti e modifiche dei bisogni di salute;
- c) ricorso agli istituti contrattuali più opportuni, tra quelli previsti dalla normativa vigente (come l'acquisto di prestazioni da personale dipendente da erogare in regime libero professionale aziendale) per l'incremento dell'offerta, ai fini di ampliare l'orario di attività dei servizi ambulatoriali e diagnostici attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana;
- d) acquisto di pacchetti di attività da medici specialisti ambulatoriali interni;
- e) acquisto di prestazioni da erogatori privati accreditati secondo le modalità previste dalla vigente normativa, anche tramite l'utilizzo di eventuali fondi aggiuntivi;
- f) riorganizzazione dell'utilizzo e/o revisione logistica della distribuzione, nell'Azienda, delle grandi apparecchiature;
- g) per le prestazioni che richiedano attrezzature di particolare complessità tecnologica, dovrà essere prestata particolare attenzione ai livelli di libera professione intramoenia;
- h) è facoltà del Direttore Generale ridurre o sospendere l'attività in regime di libera professione intramoenia allo scopo di convogliare risorse, spazi e attrezzature verso l'attività istituzionale ai fini di mantenere il rispetto dei tempi di attesa.



Le Aziende sono tenute a monitorare costantemente l'andamento della domanda e dell'offerta utilizzando anche gli strumenti messi a disposizione da Azienda Zero.

9. Accesso ambulatoriale tramite uso diffuso del CUP

L'accesso ambulatoriale deve avvenire tramite prenotazione in agende informatizzate afferenti al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale unificato, in cui siano inserite tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili.

Il presente Piano dà continuità al percorso di semplificazione e razionalizzazione dei sistemi informativi per la prenotazione delle prestazioni specialistiche, all'interno del programma di interoperabilità garantito dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) finalizzato, a regime, a realizzare un CUP unico regionale.

Nella progettazione di un "Sistema CUP" è importante realizzare un'offerta più ampia e integrata possibile di canali di accesso, al fine di garantire il massimo livello di fruibilità per il cittadino, sia del sistema di offerta pubblica sia privata accreditata. Ciò si realizza mediante l'implementazione delle seguenti prioritarie modalità di prenotazione:

- sportello con un operatore dedicato;
- accesso telefonico (Call Center) con numero dedicato;
- prenotazione effettuata contestualmente alla prescrizione direttamente da operatori sanitari/amministrativi in caso di "presa in carico";
- prenotazioni via WEB e tramite App.

Le Aziende devono garantire una comunicazione e sensibilizzazione efficaci verso gli utenti e per gli operatori addetti alle prenotazioni, relativamente alle modalità di prenotazione e accesso a visite, prestazioni e ricoveri, utilizzando e implementando tutti gli strumenti informativi disponibili, adeguandosi alle indicazioni regionali volte all'omogeneizzazione e alla standardizzazione delle procedure di accesso alla prenotazione delle prestazioni specialistiche.

Le Aziende devono informare il cittadino in caso di sospensione temporanea dell'erogazione della prestazione prenotata e ricontattarlo in tempi brevi e coerenti con il bisogno di salute per un nuovo appuntamento.

La Regione del Veneto è impegnata con tutte le Aziende Sanitarie a implementare gli strumenti di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali attraverso canali digitali, ponendo in essere azioni di innovazione in ambito di Sanità Digitale, al fine di uniformare e rendere maggiormente omogenei e integrati i canali di accesso.

10. Disdetta delle prenotazioni

In materia di mancata disdetta e mancato ritiro dei referti, già con DGRV n. 320/2013 le Aziende hanno adottato un percorso di recupero della tariffa della prestazione, da applicare anche agli esenti. Tale disposizione è stata ulteriormente aggiornata nella L.R. n. 30/2016 all'art.38 comma 12, e s.m.i., che recita: "l'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento della prestazione, secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria."

I sistemi di prenotazione aziendali, anche attraverso l'implementazione di servizi telematici dedicati, devono prevedere la possibilità, per il cittadino, di disdire o modificare l'appuntamento agevolmente.



Le Aziende sono tenute a ricordare la data di appuntamento, tramite sistemi di messaggistica analogici o digitali, da inviare almeno 6 giorni prima della data prevista per l'esecuzione della prestazione.

L'utente che non si presenta all'appuntamento o non disdice entro il termine di 4 giorni lavorativi rispetto alla data dell'appuntamento, è tenuto al pagamento della prestazione. Devono pertanto essere previsti in tali casi strumenti trasparenti e accessibili per il recupero del valore della prestazione.

In caso di mancato ritiro dei referti entro 30 giorni dalla disponibilità, laddove non siano stati completati i percorsi di digitalizzazione dei referti e/o dei supporti iconografici, le Aziende devono procedere al recupero del valore della prestazione. I casi specifici devono essere indicati esplicitamente al cittadino, utilizzando i diversi canali informativi aziendali.

11. Visibilità delle agende di prenotazione.

La visibilità delle agende di prenotazione deve essere interamente fruibile a livello Aziendale e comprensiva dell'offerta delle strutture private accreditate. Ogni Azienda definisce e formalizza l'architettura dei livelli di visibilità per tipologia di operatore, anche relativamente alle agende di secondo livello e di presa in carico. In particolare per le prestazioni traccianti, che per definizione rispondono a bisogni di salute di primo livello per l'utente, è raccomandato evitare la "segmentazione" delle agende in base al quesito diagnostico, riservando il ricorso ad agende specifiche per eventuali accessi successivi al primo, tramite percorso di presa in carico.

12. RAO e appropriatezza prescrittiva.

La Regione del Veneto, con DGR n. 1562 del 06 dicembre 2022, ha adottato il modello "Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)", come proposto dal PNGLA. Il documento rappresenta le linee di indirizzo per tutti i soggetti prescrittori, volte a uniformare i comportamenti prescrittivi e conseguentemente le modalità di erogazione delle prestazioni, nell'ambito della Regione del Veneto nel rispetto del principio di equità, omogeneità e appropriatezza prescrittiva.

Al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, le Aziende dovranno prevedere strumenti e modalità di confronto periodico con i medici prescrittori, anche con l'utilizzo di RAO, PDTA, Linee Guida, reportistica ad hoc, peer-to-peer audit. A tale scopo ciascuna Azienda Sanitaria dovrà prevedere un piano annuale di coinvolgimento/formazione dei prescrittori da inviare alla Programmazione Sanitaria dell'Area Sanità e Sociale entro il 28 febbraio di ogni anno, in coerenza con le indicazioni della Cabina di Regia (DDR n. 27 del 28 marzo 2023: "Nomina componenti della Cabina di Regia per il governo delle Liste d'Attesa Ambulatoriali").

Le Aziende possono ricorrere all'attivazione di "valutazioni specialistiche preliminari" per i soggetti con richiesta di prestazioni strumentali complesse, per le quali sia opportuna una verifica del rapporto rischio/beneficio/utilità, anche tramite il teleconsulto tra i clinici coinvolti, senza pregiudizio dell'attesa del paziente definita nella priorità clinica e senza oneri a suo carico. Tali prestazioni possono essere sostenute con il ricorso agli istituti contrattuali previsti dalla legislazione vigente per la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche.



13. Realizzazione della “presa in carico” del paziente cronico

Nel corso degli ultimi anni è cresciuta la necessità di applicare la “presa in carico” del paziente cronico/complesso, come indicato dalla normativa a partire dalla DGR n. 320/2013.

La successiva DGR n. 1562 del 6 dicembre 2022 fornisce la descrizione puntuale della **visita di controllo**, o di follow up, intesa come quella successiva a un inquadramento diagnostico concluso, in cui un problema già noto viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata. Si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento dell'esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso. Si includono anche quelle prescritte in ricetta con l'indicazione del codice di esenzione per patologia, di cui al DM 329/99 e s.m.i., volte a valutare, a distanza, l'eventuale insorgenza di complicanze, che restano in capo alla struttura richiedente. Per tali prestazioni deve essere prevista la separazione dei canali fra le diverse tipologie di accesso: “primo accesso” e “accesso successivo” (*follow up*, controllo, approfondimento diagnostico con prestazioni di 1^a, 2^a e 3^a livello).

Rientrano tra le visite e le prestazioni di controllo anche quelle di approfondimento per pazienti “presi in carico” dallo specialista, quindi successive al primo accesso e quelle di secondo e terzo livello per pazienti per i quali è già avvenuto un primo inquadramento diagnostico.

Per quanto riguarda i controlli imprevisti dovuti a riacutizzazione di patologie croniche, la prescrizione dovrà essere effettuata utilizzando i codici CVP relativi alla “**rivalutazione**” e la successiva prenotazione andrà fatta nel rispetto della tempistica indicata in ricetta.

Si ricorda che la priorità P deve essere utilizzata per la prescrizione di visite e prestazioni strumentali di primo accesso, riferite a problemi che richiedono approfondimenti, ma che non necessitano di esecuzione in tempi rapidi. Tale priorità quindi non deve essere utilizzata per la prescrizione di visite e prestazioni strumentali di controllo. Le Aziende devono costantemente monitorare il corretto utilizzo della priorità, attraverso valutazioni sistematiche, ovvero a campione, dell'appropriatezza prescrittiva. Nelle attività di formazione dei medici prescrittori dovrà essere incluso tale aspetto anche con l'utilizzo di casi d'uso e protocolli esplicativi.

In questa tipologia di condizioni cliniche, al momento della conclusione della visita da parte dello specialista, qualora necessario, deve essere attivata la presa in carico del paziente, secondo l'organizzazione aziendale, prevedendo la relativa prescrizione e programmazione dell'iter successivo, senza alcun re-invio a CUP. La prescrizione deve essere effettuata dallo stesso specialista se autorizzato all'uso del ricettario o, solo quando non autorizzato, demandata al MMG/PLS del paziente, il quale dovrà biffare nella ricetta la casella “suggerita”. Questo sistema di gestione delle prestazioni di controllo va adottato da tutti gli erogatori e rientra nella logica della presa in carico. Le Aziende sono tenute a definire negli accordi contrattuali le modalità organizzative per garantire la presa in carico, secondo protocolli condivisi, anche da parte delle Strutture Private Accreditate.

In tal senso, al fine della “presa in carico”, il sistema di prenotazione deve garantire modalità operative delocalizzate con agende ad hoc (es. miniCUP interni) e comunque distinte dai canali di prenotazione dei primi accessi del cittadino-utente.

Le Aziende, dovranno garantire l'intero iter di presa in carico (dalla prenotazione fino alla conclusione del percorso attivato), anche laddove vi sia il coinvolgimento di UU.OO. appartenenti a discipline diverse dello



stesso Ente. Tale modalità dovrà essere adottata anche se necessario per specificità/complessità delle prestazioni richieste o per consentire - a parità di appropriatezza - la maggiore prossimità possibile, anche fra Enti diversi, garantendo la continuità del percorso diagnostico.

Nel percorso di presa in carico dei bisogni di salute del paziente, le Aziende favoriscono l'erogazione delle prestazioni specialistiche in modalità di telemedicina (teleconsulto e televisita), attraverso la creazione di agende dedicate o slot che le includano, anche per le valutazioni specialistiche preliminari, le rivalutazioni e i follow up periodici.

Nella costruzione di tali percorsi è necessario il coinvolgimento delle Case della Comunità e delle altre strutture territoriali, al fine di facilitare l'accesso alle prestazioni all'utenza.

Al termine del percorso di presa in carico o nel caso di stabilizzazione della patologia cronica, lo specialista riaffida il paziente al proprio curante, che ritorna ad essere il primo interlocutore incaricato di definirne il percorso di cura, all'interno dei PDTA attivati e anche con il ricorso al teleconsulto.

14. Definizione e applicazione di "percorsi di tutela"

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso, secondo la classe di priorità, non possa essere garantita nei tempi massimi previsti al momento del contatto con la struttura (prenotazione "sincrona"), tutte le Aziende devono attivare "percorsi di tutela" per soddisfare la richiesta del cittadino. In particolare per le prestazioni ambulatoriali deve essere previsto l'inserimento delle stesse in una pre-lista per una successiva prenotazione che consenta l'erogazione entro i tempi.

L'Azienda Sanitaria deve quindi procedere alla ricerca di ulteriori disponibilità nell'ambito dell'offerta SSR nel più breve tempo possibile, attraverso gli strumenti di seguito elencati o con altre modalità individuate ad hoc:

- riutilizzo di posti liberi nelle "agende di presa in carico" o nelle agende di primo accesso nelle quali vi siano state disdette non ancora occupate;
- implementazione di eventuali strategie di modulazione temporale della produzione attraverso l'utilizzo di strumenti contrattuali vigenti;
- identificazione dei Percorsi di garanzia, ovvero percorsi attivabili dalle Aziende sanitarie con gli erogatori pubblici e privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa;
- gestione flessibile delle agende in base al monitoraggio tempestivo delle variazioni del rapporto domanda-offerta, prevedendo anche l'utilizzo del sistema dell'overbooking, sia nell'ambito pubblico che in quello privato accreditato;
- gestione delle agende con l'adozione di un sistema di recall, pre-appuntamento, con recupero degli eventuali spazi residui disponibili;
- in ultima istanza, possibilità di limitare/sospendere l'esercizio della libera professione per i professionisti dell'equipe, nel caso in cui i precedenti strumenti non abbiano fornito l'esito atteso.

Al termine dell'iter, qualora il soggetto sia stato collocato in "pre-appuntamento", l'Azienda lo ricontatterà proponendo la prima disponibilità trovata, che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato in ricetta.

Nel caso in cui il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, l'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti, l'Azienda, qualora richiesto dal cittadino, è tenuta ad applicare il dettato



normativo del D. Lgs. 124/98, art. 30 comma 10, che prevede l'accesso alla Libera Professione intramoenia con il semplice pagamento del ticket da parte dell'utente, previa autorizzazione dell'Azienda.

Nel Piano attuativo aziendale dovranno essere specificate le modalità con cui l'Azienda intende attivare il percorso di tutela.

15. Acquisto ed erogazione prestazioni aggiuntive

Il PNGLA prevede che le Aziende Sanitarie possano ridurre i tempi di attesa anche attraverso l'eventuale acquisto ed erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime di libera professione. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive deve essere un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultano critiche per i tempi di attesa, utilizzando le diverse forme di finanziamento disponibili secondo la legislazione vigente e secondo le indicazioni della Cabina di Regia.

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

16. Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa

Ai fini del monitoraggio è obbligatoria la trasmissione sistematica dei flussi informativi relativi a liste e tempi d'attesa secondo le specifiche tecniche riportate nelle "Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" del PNGLA.

Oltre ai monitoraggi previsti a livello nazionale, sono introdotte specifiche analisi periodiche volte ad evidenziare:

- la performance dell'Azienda relativa alle ulteriori prestazioni critiche individuate a livello regionale;
- lo stato delle liste di pre-appointamento di ciascuna Azienda, per livello di priorità;
- la composizione e la dimensione della domanda, in termini di tipologie di accesso e classi priorità, ai fini di una valutazione di appropriatezza.

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, si considerano i seguenti monitoraggi:

- monitoraggio ex ante e monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), compresi quelli in ambito cardiovascolare e oncologico;
- monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria - ALPI - (per conto e a carico dell'utente) effettuata attraverso il portale di Agenas, secondo le relative Linee Guida;
- monitoraggio della presenza sui siti web di Regione e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

La responsabilità della gestione dei flussi informativi da e verso le Aziende e verso gli Enti di controllo è assegnata ad Azienda Zero.



17. Informazione e comunicazione sulle liste di attesa: trasparenza

Ogni Azienda sanitaria (ULSS, Azienda Ospedaliera e IOV) dovrà prevedere sul proprio sito istituzionale una sezione dedicata alle liste e alla gestione dei tempi di attesa. Tale sezione dovrà essere direttamente navigabile dal Portale Sanità della Regione del Veneto e dovrà essere indicizzata nei principali motori di ricerca.

I dati oggetto di pubblicazione saranno elaborati da Azienda Zero, almeno mensilmente o con maggior frequenza, sulla base delle indicazioni della Cabina di Regia e dovranno essere utilizzati per popolare la relativa sezione dei siti aziendali.

Per finalità di trasparenza, nel sito WEB Aziendale dovranno essere presenti:

- Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il governo delle liste di attesa, con relativa delibera di attuazione. I documenti vanno pubblicati in formato pdf accessibile, scaricabile dall'utente, e devono essere facilmente raggiungibili attraverso un link disponibile nella prima pagina della sezione Liste di attesa;
- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e relativi tempi massimi di erogazione previsti per norma;
- l'elenco dei punti di erogazione pubblici, privati accreditati e convenzionati e relative modalità di accesso alle prestazioni;
- i percorsi previsti a garanzia dei tempi d'attesa;
- dati riferiti al monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal PNGLA. La pubblicazione è relativa alle classi di priorità B, D e P e i dati saranno forniti da Azienda Zero;
- ambiti di garanzia individuati;
- percorsi di tutela disponibili;
- guida alla lettura dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino (responsabilità degli utenti; procedure per suggerimenti, reclami, disdette, sanzioni e altre informazioni utili).

La Regione intende garantire la massima trasparenza assicurando e promuovendo l'informazione e la corretta comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui bacini di garanzia, sui percorsi di tutela in caso di sfioramento dei tempi massimi, sugli impegni del SSR e sui diritti e doveri dei cittadini.

È importante a questo fine, che ciascuna Azienda sviluppi corsi di formazione/informazione in tema di liste di attesa rivolti a tutti gli operatori coinvolti nelle diverse fasi del percorso ambulatoriale, compresa la prenotazione.

Per rendere fruibili le informazioni contenute nel sito, la sezione Liste di attesa dovrà:

- essere facilmente raggiungibile dalla Home page del sito web aziendale a mezzo di un link testuale, un banner grafico o altra modalità immediatamente identificabile dall'utente;
- essere opportunamente indicizzato nei principali motori di ricerca;
- contenere un collegamento al sistema CUP aziendale per la prenotazione on line delle prestazioni;
- presentare link o box dedicati ai numeri utili o altri dati di contatto per chiedere informazioni, ivi incluse quelle relative alle modalità di prenotazione, pagamento, servizi utili, con livello di approfondimento coerente con la capillarità della rete di prenotazione;
- prevedere una sezione dedicata alla divulgazione informativa al cittadino;
- presentare interfacce semplici e chiare;
- la navigazione dovrà essere user friendly;



- prevedere pochi passaggi (click di apertura pagine) per il raggiungimento delle sezioni utili al cittadino.

A tutela dell'equità e della trasparenza, la Regione aggiorna costantemente il portale regionale dei tempi di attesa rispetto alle modalità organizzative, alle eventuali novità normative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione, ai tempi standard per classi di priorità.

Infine, anche le eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni legate a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, devono essere oggetto di informazione al cittadino per il tramite dei canali di comunicazione attivi.

18. Diritti e doveri del cittadino

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad informare i propri assistiti e il proprio personale, sanitario e non, dei diritti e dei doveri del cittadino.

18.1. Diritti

- Il cittadino ha diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità di accesso ed alle relative competenze.
- Il cittadino ha diritto di ottenere informazioni complete e comprensibili in merito al proprio percorso di diagnosi e cura.
- Il cittadino ha diritto di ottenere la prestazione oggetto di garanzia del tempo di attesa (Allegato A1) nel bacino territoriale di garanzia, così come definito dalla propria Azienda Ulss.
- Il cittadino ha il diritto di rinunciare a cure e prestazioni programmate, informando tempestivamente la struttura che lo cura delle sue intenzioni, espressione della sua volontà, secondo le indicazioni esplicitate nel presente piano.
- Il cittadino ha diritto di ricevere un avviso di recall almeno 6 giorni prima del giorno individuato per l'erogazione della prestazione, che gli ricordi la data di appuntamento fissato.

18.2. Doveri

- Il cittadino ha il dovere di contattare tempestivamente le strutture del SSR, attraverso i canali di accesso alla prenotazione, nel momento in cui entra in possesso della ricetta con la prescrizione della prestazione specialistica, secondo le tempistiche esplicitate nel presente Piano.
- Il cittadino ha il dovere di informare tempestivamente la struttura sulla propria intenzione di rinunciare, secondo la propria volontà, a cure e prestazioni sanitarie programmate, secondo le indicazioni esplicitate nel presente allegato, al fine di contribuire con un comportamento responsabile al più efficiente utilizzo delle risorse pubbliche.
- Il cittadino quando accede in una struttura sanitaria deve avere un comportamento responsabile in ogni momento, nel rispetto e nella comprensione dei diritti degli altri assistiti e a collaborare con il personale medico, infermieristico, tecnico.
- Il cittadino ha il dovere di pagare la quota di compartecipazione, se dovuta, prima di effettuare la prestazione, salvo particolari deroghe.



19. Responsabile Unico Aziendale dei tempi d'attesa (RUA)

Ogni Azienda deve individuare un team multidisciplinare che governi l'insieme dei processi che contribuiscono alla accessibilità e alla fruizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, alla garanzia dei tempi di erogazione, alla appropriatezza prescrittiva, alla sostenibilità ed efficienza organizzativa e che preveda il coinvolgimento obbligatorio delle seguenti figure:

- responsabile del Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale,
- CUP Manager,
- responsabile della specialistica ambulatoriale,
- referente aziendale per il rapporto con le strutture private accreditate,
- referenti aziendali per il governo della produzione (responsabile specialistica ambulatoriale/cure primarie per il distretto e DMO per gli ospedali);
- referenti del Controllo di Gestione e dei Sistemi Informativi competenti in materia.

Tale team è coordinato dal "Responsabile Unico Aziendale dei tempi d'attesa" (RUA), identificato fra i componenti del team, al fine di un unitario ed efficiente governo del processo di organizzazione e della gestione dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale, orientato anche al contenimento dei tempi d'attesa. Il RUA rappresenta l'interfaccia unica della propria Azienda ULSS, Azienda Ospedaliero-Universitaria, IOV verso la Regione del Veneto, con il ruolo di componente della Cabina di Regia regionale e deve essere individuato con deliberazione aziendale da parte del Direttore Generale.

Le funzioni del RUA sono:

- armonizzare l'attività ambulatoriale erogata presso le sedi distrettuali, ospedaliere e le strutture private accreditate nell'ambito del territorio dell'Azienda ULSS, concorrendo anche alla definizione delle attività richieste alle strutture private accreditate e del relativo budget, secondo criteri di accessibilità per l'assistito e qualità delle prestazioni;
- garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche presso le sedi distrettuali, il domicilio, le strutture di ricovero intermedie, le strutture semiresidenziali e residenziali, attraverso il coordinamento degli specialisti (convenzionati e dipendenti) e secondo i bacini di garanzia individuati;
- partecipare all'implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture necessarie;
- garantire il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e promuoverne il miglioramento, con il coinvolgimento dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali interni e degli specialisti ospedalieri, in coerenza al bisogno di salute dell'assistito, implementando un monitoraggio sistematico dell'aderenza ai RAO e ai PDTA, con il supporto dei Sistemi Informativi e del Controllo di Gestione;
- monitorare le attività svolte dalle strutture e dai soggetti accreditati in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate rispetto a quanto programmato e contrattato;
- coordinare le attività per il raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale in tema di specialistica ambulatoriale, anche partecipando alla definizione e al monitoraggio degli obiettivi di budget per le singole UU.OO..

Per esercitare le funzioni elencate, il RUA può avvalersi di altre figure sanitarie e non, secondo il modello organizzativo identificato da ogni Azienda.



20. Il monitoraggio dei Piani attuativi aziendali (PAA)

La DGR 320/2013 prevede l'istituzione presso le Aziende Sanitarie di un tavolo di monitoraggio aziendale dei tempi di attesa, confermato anche dalla legge regionale 30/2016 e s.m.i. e riaffermato dalla legge regionale 48/2018. La composizione di tale tavolo è oggi integrata come di seguito.

- Direttore sanitario che presiede il tavolo;
- Direttore medico responsabile della funzione ospedaliera;
- Direttore del distretto responsabile della funzione territoriale;
- Direttore dell'UOC Cure Primarie;
- Responsabile Unico per la Specialistica Ambulatoriale (RUA);
- CUP Manager;
- Rappresentanti dei medici dipendenti e dei medici convenzionati;
- Rappresentanti degli erogatori privati;
- Rappresentanti delle associazioni degli utenti.

I componenti del tavolo di monitoraggio sono nominati dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS. Al fine di monitorare i programmi attuativi aziendali il Direttore Generale trasmette il rendiconto dell'attività del tavolo di monitoraggio all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto entro il 28 febbraio dell'anno successivo.

21. Scadenze

Entro il 28 febbraio di ogni anno le Aziende dovranno trasmettere alla Direzione Programmazione Sanitaria:

- il Piano attuativo aziendale dell'anno in corso, compreso il programma annuale di coinvolgimento/formazione dei prescrittori, integrabile con documenti aggiuntivi in funzione dell'andamento delle liste di attesa (Allegato A2);
- la rendicontazione delle attività del tavolo di Monitoraggio dei programmi attuativi aziendali dell'anno precedente;

Qualora le Aziende Ulss modificchino durante il corso dell'anno gli ambiti di garanzia territoriali, sono tenute a pubblicarli tempestivamente nel sito Aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente" e a trasmetterli alla Direzione della Programmazione Sanitaria (Allegato A3).

22. Trasmissione del Piano Regionale e adempimenti aziendali

Si incarica l'Area Sanità e Sociale di inviare il presente piano (PRGLA) alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute entro 30 giorni dalla sua adozione, nonché di pubblicarlo sul portale della Regione del Veneto.

Le Aziende Ulss, Ospedaliere e IOV dovranno, pertanto, rivedere i propri Piani Attuativi Aziendali alla luce dell'aggiornamento del PRGLA entro 60 giorni dalla pubblicazione dello stesso, secondo format allegato (Allegato A2), comprensivo del programma annuale di coinvolgimento/formazione dei prescrittori per l'anno in corso.

Allegato A1: Elenco delle prestazioni traccianti ambulatoriali

Allegato A2: Schema tipo Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di attesa

Allegato A3: Ambiti di garanzia

