



ASP ENNA

Regolamento



Liste di Attesa e percorsi di tutela della Salute

PAA-GLA

Anno 2022-2024

Sommario

PERCORSI DI TUTELA DELLA SALUTE.....	3
COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE.....	8
RESPONSABILITA' DELL'UTENTE.....	8
FINANZIAMENTO ATTIVITA' CRITICHE.....	9

Numero Revisione	Data	Redatto	Verificato	Approvato
1	02/05/2024	Ing. Francesco Termine	Dott. Natale La Grotteria	Dott. Emanuele Cassarà
		Ref. Aziendale Recupero LdA e CUP	Staff Direzione Aziendale	Direttore Sanitario Aziendale
				
2	18/07/2024			

PERCORSI DI TUTELA DELLA SALUTE

L'azienda deve provvedere alla definizione e applicazione dei percorsi di tutela, ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche, i quali prevedano anche qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prima prestazioni in classi di priorità la possibilità di effettuare la prestazione in intramoenia o presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente (prestazione sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo, ovvero il ticket).

Nella fattispecie l'ASP di Enna è tenuta al **rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero**, dunque deve garantire, per classe di priorità, il rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero (non solo quelle oggetto di monitoraggio periodico).

Il **tempo massimo di attesa** è il tempo che intercorre tra la data di prenotazione di una prestazione sanitaria (ricovero o prestazione ambulatoriale) e la data di erogazione della stessa. Il tempo massimo di attesa è fissato dalla Regione in attuazione delle indicazioni nazionali.

Le prestazioni ambulatoriali per le quali sono definiti i tempi massimi sono quelle di primo accesso.

Rimangono pertanto escluse dal monitoraggio:

- le prestazioni che non risultano prescritte con impegnativa;
- le prestazioni urgenti (U) per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza o in un periodo immediatamente successivo (72 ore);
- le prestazioni classificate come: "altro accesso" (visite/prestazioni di controllo) o senza tipologia di accesso (prestazioni di laboratorio);
- le prestazioni erogate all'interno di specifici percorsi diagnostico terapeutici (PDT), che rendono necessario individuare specifici tempi massimi di attesa per le diverse fasi dei percorsi stessi;
- le prestazioni in pre e post ricovero;
- le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, inserite in programmi di screening.

Nelle tabelle seguenti sono riportate le classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali (primi accessi) e quelle per le prestazioni in regime di ricovero.

Priorità	Tempi Massimi di Attesa
U (Urgente)	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
B (Breve)	da eseguire entro 10 giorni;
D (Differibile)	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
P (Programmata)	da eseguire entro 120 giorni ^(*) .

Figura 1- Classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali (primi accessi)

Le prestazioni di ricovero per le quali sono definiti i tempi massimi riguardano esclusivamente i ricoveri programmati. Rimangono pertanto esclusi dal monitoraggio:

- i ricoveri urgenti
- i ricoveri la cui accettazione è stata ritardata su richiesta dell'interessato, per esigenze esterne all'ambito clinico o non di competenza di questo Istituto.

Al momento dell'inserimento in lista, verrà consegnato al paziente un codice identificativo anonimo per consentire l'individuazione della propria posizione nelle Liste di Attesa per prestazioni chirurgiche, pubblicate periodicamente sul sito web istituzionale dell'ente.

(<https://www.aspenna.it/category/servizi/liste-di-attesa>)

Classe	Tempi massimi di attesa e indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Figura 2 - Classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero

Per i ricoveri, l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata deve tenere conto dei criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Per le prestazioni di ricovero, la data di prenotazione corrisponde alla data di inserimento dell'utente nel registro (agenda) di prenotazione. Tale data è da intendersi come quella in cui viene confermata dallo specialista la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento dell'utente nel registro di prenotazione.

Le prestazioni di pre-ricovero, eseguibili dopo l'inserimento nel registro (agenda) di prenotazione devono essere limitate a quelle necessarie per stabilire l'idoneità all'intervento chirurgico. Non fanno parte pertanto del percorso tutti gli esami e le prestazioni effettuati per giungere alla diagnosi dalla quale si è poi sviluppata l'indicazione al ricovero.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate all'utente informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).

Ciascun utente può richiedere di prendere visione della propria posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta al responsabile aziendale delle liste di attesa o attraverso la consultazione delle liste pubblicate mensilmente sul sito, come sopra indicato. Qualora si modifichino le condizioni cliniche dell'utente oppure l'utente intenda rinviare l'intervento, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

Le prestazioni incluse in specifici PDTA di ambito oncologico dovranno rispondere ai requisiti stabiliti dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa come previsto dalla normativa nazionale e dal PRGLA 2019-2021.

L'offerta complessiva dell'Azienda si modula in base allo studio delle prestazioni erogate sul territorio e nei presidi, garantendo le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza nazionali e regionali come previsto dalla normativa di riferimento.

Nell'ambito del processo di budget, l'Azienda definisce l'offerta complessiva dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca di attività, programmati al fine di quantificare prime visite, primi esami e controlli, sulla base dei dati storici di attività, delle strategie aziendali e regionali emergenti. Per la definizione del fabbisogno è infatti fondamentale la fruibilità dei dati di prescrizione, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo.

Per le prestazioni erogate in regime libero professionale intramoenia è assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti, della legge n. 120 del 2007 e s.m. e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali, che per quelle di ricovero.

Le agende informatizzate di prenotazione di tali prestazioni sono nominali o di équipe e sono disponibili a CUP provinciale e SovraCUP regionale.

L'Azienda garantisce adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale ed all'attività libero professionale, al fine di consentire una corretta tracciabilità di tale impegno.

L'azienda è tenuta ad erogare le prestazioni nei tempi massimi previsti dalla normativa vigente, d'altra parte l'utenza è tenuta a rispettare l'iter di seguito esposto al fine di permanere nella condizione di diritto di garanzia.

Come previsto dal PRGLA 2019-2021, la garanzia del rispetto dei tempi massimi di erogazione di una determinata prestazione è calcolata in automatico dal sistema, al momento della prenotazione, in funzione dell'offerta che l'azienda di residenza/domicilio garantisce ai propri assistiti. Nel caso di prestazioni di primo accesso con priorità (B, D o P) ogni azienda è tenuta ad assicurare tramite le proprie strutture, o altre pubbliche o private accreditate, il rispetto dei tempi previsti.

In particolare l'utente al momento della prenotazione, sulla base della priorità indicata dal prescrittore, riceve comunicazione dal sistema della prima data disponibile, che viene stampata in calce nella prenotazione, e da questa si evince se l'utente ha espresso la volontà di posticipare volontariamente la visita.

Qualora il cittadino rifiuti la data proposta, esce dal diritto di garanzia.

Questa scelta dell'utente viene registrata dal sistema, permettendo di distinguere le prestazioni che non trovano una disponibilità oggettiva entro i tempi massimi previsti da quelle che escono dal limite per scelta discrezionale dell'utente, come detto sopra. Il tempo di attesa (sia quello proposto dal sistema con la prima data disponibile, sia quello scelto dall'utente) viene calcolato a partire dalla data del contatto (telefonico o allo sportello) e registrato dal sistema.

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi previsti, la Direzione Sanitaria prevede i seguenti percorsi di tutela idonei a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi stabiliti mediante:

STEP 1

Ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito aziendale, attraverso il monitoraggio delle agende che aprono gli slot in maniera dinamica e l'assegnazione avverrebbe in base ad una rivalutazione della priorità in base al tempo decorso dalla prescrizione. (Es. Prestazione priorità B, dopo 7 giorni diventa in priorità U).

STEP 2

Eventuale aumento della disponibilità, anche temporanea, dell'offerta, in quanto l'utente che non ha trovato in prima battuta il posto in regime di garanzia viene quindi ricontattato e gli viene proposta la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato sulla prescrizione.

Qualora il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, al fine della rimodulazione dell'offerta e nella logica del contenimento degli oneri a carico del bilancio aziendale si passi allo step successivo.

E' consentita l'adozione dei seguenti interventi per migliorare questo step:

- rimodulazione della distribuzione dell'offerta per criteri di priorità all'interno dell'agenda;
- finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale;
- ricorso alle Risorse Aggiuntive Regionali destinate a tale scopo;
- eventuale acquisto, concordato con i professionisti, di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. d e comma 2 del CCNL 08/06/2000 della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa del S.S.N.

STEP 3

Qualora i tentativi agli step precedenti non sono risultati risolutivi, è previsto il ricorso all'istituto dell'intramoenia, in quanto quota parte del costo della prestazione rimane comunque all'interno dell'Azienda, sempre ne rispetto dei tempi massimi di attesa ed in conformità a quanto stabilito dall'art. 7 della LR 7/2009 e nel rispetto della Legge 120/2007 art. 1 comma 5, l'Istituto definisce e monitora:

- i volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramoenia per singola struttura ed eventuale rimodulazione della loro proporzione;
- l'impegno orario di ciascun professionista rispetto all'attività istituzionale e a quella in libera professione intramoenia;
- la modalità di gestione delle agende di prenotazione e i relativi tempi di attesa;
- le prestazioni per le quali non è prevista la libera professione;
- le azioni previste in caso di superamento dei tempi di attesa.

STEP 4

Se neanche in intramoenia si è trovata una risoluzione allo sfioramento dei tempi di attesa previsti dalla prestazione, l'ultima azione attuabile dall'azienda sarà l'acquisto di prestazioni aggiuntive con aziende convenzionate e accreditate, al fine di contenere il costo di una prestazione affidata in

esterno senza che di questa sia noto il costo. Tale ottemperanza consente di vincolare il paziente all'azienda e dunque consentire il contenimento dei costi ed eventuali prestazioni correlate da erogare internamente.

Tali percorsi alternativi sono finalizzati esclusivamente a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi prefissati e non prevedono pertanto la libera scelta dell'erogatore da parte dell'utente.

L'attivazione delle prestazioni aggiuntive al fine di garantire la continuità assistenziale e/o i livelli di offerta in modo tempestivo ed efficace, spetta alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Tali attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. In tale ambito dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

Riassumendo il paziente dovrà dimostrare attraverso una prenotazione e conseguente disdetta della mancata disponibilità di erogazione della prestazione nei tempi previsti. Nel contempo dovrà inoltrare al protocollo una richiesta del rispetto dei tempi prescrittivi indicati sulla ricetta, allegando la prenotazione effettuata e disdetta, indicando i recapiti telefonici per essere ricontattata a seguito dell'individuazione della soluzione.

Qualora l'utente non venga ricontattato entro i tempi massimi di attesa previsti, questo sarà autorizzato a presentare nota di rimborso a carico dell'ente, allegando la fattura quietanzata. Il rimborso per prestazione sostenuta sarà saldato economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo, ovvero il ticket).

COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE

Gli aspetti comunicativi legati a processi che prevedono il coinvolgimento, a vario titolo, di diversi attori, rivestono particolare importanza non solo in termini di “rendicontazione”, ma anche e soprattutto di coinvolgimento e aumento della consapevolezza rispetto al proprio e altrui ruolo nel disegno complessivo.

Sul tema della comunicazione, l’Istituto si attiva pertanto su due fronti: quello interno costituito dai propri specialisti e quello esterno formato da MMG, PLS, altri medici specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri di altre aziende, utenti, associazioni di volontariato.

Verso questo ultimo gruppo di stakeholders, l’URP e l’Ufficio Comunicazione predispongono adeguata informativa da diffondere sia in forma cartacea che attraverso gli strumenti web, primo fra tutti il sito aziendale, contenente:

- l’elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate dall’Istituto;
- le modalità di accesso alle prestazioni;
- la procedura per la disdetta di appuntamenti;
- i percorsi previsti a garanzia dei tempi massimi d’attesa;
- le responsabilità degli utenti, comprese le sanzioni previste;
- i volumi e rapporti tra prestazioni istituzionali e in libera professione intramoenia;
- il percorso per la segnalazione di suggerimenti, reclami, elogi.

La Direzione Strategica attiva tavoli periodici con la componente del volontariato per la condivisione delle strategie di programmazione e revisione delle attività e dell’offerta di prestazioni, compresi i risultati dei monitoraggi previsti nel presente Piano.

Il coinvolgimento dei prescrittori avviene parallelamente sul fronte interno, ossia con i propri medici specialisti e su quello esterno verso i medici di assistenza primaria e PLS, tenendo conto degli ambiti di provenienza dell’utenza. In entrambi gli ambiti la finalità è duplice; da un lato la sensibilizzazione alla corretta applicazione del presente Piano con particolare riguardo alla compilazione della prescrizione e all’utilizzo dei criteri di priorità, dall’altro la collaborazione per l’individuazione degli strumenti più adeguati al fine del miglioramento complessivo del sistema.

RESPONSABILITA’ DELL’UTENTE

La mancata presentazione o la disdetta intempestiva di una prestazione prenotata, causano un danno rilevante alla collettività, ed in particolare a quegli utenti che sono in attesa di una prestazione sanitaria. L’utente è tenuto ad arrivare in orario all’appuntamento prenotato.

In caso di impossibilità a presentarsi ha **l’obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 2 giorni lavorativi prima della data prevista**. Qualora un utente non si presenti all’appuntamento ovvero non preannunci l’impossibilità di fruire della prestazione prenotata sarà tenuto, anche se in possesso di esenzione, al pagamento di una sanzione pari al ticket della prestazione, fatte salve documentate situazioni eccezionali. Di tale sanzione all’utente deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione. (D. Lgs. 124/1998 art. 3 c.14-15).

Il mancato ritiro del referto da parte dell’utente entro i sessanta giorni, decorrenti dalla data comunicata per il ritiro, comporta il pagamento, a titolo di sanzione, pari all’intero costo della prestazione eseguita (L. 412/1991 art 4 c. 18).

La segreteria CUP ha il compito di effettuare i controlli relativi alle mancate disdette e al mancato ritiro dei referti al fine di procedere, su autorizzazione della Direzione Amministrativa, ad eventuale recupero del credito, attraverso gli uffici preposti, o all'archiviazione del caso.

Allo scopo di ridurre le mancate presentazioni agli appuntamenti, l'Istituto provvede ad attivare strumenti atti a ricordare all'utente l'appuntamento prenotato (promemoria di prenotazione cartaceo, SMS, chiamata telefonica, e-mail, APP IO e altro).

FINANZIAMENTO ATTIVITA' CRITICHE

Annualmente vengono negoziate nel processo di budget operativo aziendale i volumi delle attività da garantire. Per le prestazioni particolarmente critiche possono essere utilizzati anche fondi legati alle Risorse aggiuntive regionali e acquisto di prestazioni aggiuntive (così detta Libera professione aziendale).