

PRESCRIZIONE E PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

STRUTTURE COMPETENTI PER LA REDAZIONE

SS Qualità - Management Gestione unif. Offerta Spec. ed Amb.

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Direttori di Distretto – Direzioni Presidio Ospedaliero

Manager dei tempi d'attesa

Governo C.U.P. Aziendale

Operatori Gestione Agende

Loro tramite al personale di riferimento

	Data			
Rev. 0	01/03/2018	Redazione Gruppo area omogenea	Verifica Funzione Management Gestione unif. offerta Spec. ed Amb.	Approvazione Direzione Generale Direzione Sanitaria
Rev.1	28/09/2018	SS Qualità	Funzione Management Gestione unif. offerta Spec. ed Amb	Direzione Generale Direzione Sanitaria

1.	PREMESSA	3
2.	SCOPO	3
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4.	DEFINIZIONI ED ACRONIMI.....	3
5.	MODALITÀ OPERATIVE.....	4
	5.1 PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.....	4
	5.1.1 REGOLE PRESCRITTIVE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E LA DIAGNOSTICA STRUMENTALE IN REGIME DI EROGAZIONE A CARICO DEL SSR	5
	5.2 PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI IN REGIME SSR.....	7
	5.3 ACCESSO DIRETTO ALLA PRENOTAZIONE SENZA PRESENTAZIONE DELLA RICETTA.....	8
	5.4 ACCESSO DIRETTO SENZA PRENOTAZIONE e SENZA PRESCRIZIONE.....	8
	5.5 ACCESSO DIRETTO ALLA PRESTAZIONE CON PRESCRIZIONE E SENZA PRENOTAZIONE	8
	5.6 GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE	9
	5.6.1 ATTIVAZIONE DI AMBULATORIO SPECIALISTICO E RELATIVA AGENDA DI PRENOTAZIONE	9
	5.6.2. CHIUSURE E SOSPENSIONI DI PRENOTAZIONI.....	10
	5.6.3. CHIUSURE E SOSPENSIONI DI EROGAZIONI.....	11
	5.6.4 RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA	13
	5.6.5 CICLICITÀ DELLE PRESTAZIONI	13
	5.6.6 GESTIONE DELLE DISDETTE	13
	5.6.7 MONITORAGGIO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA.....	13
	5.6.8 GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	15
	5.6.9 COMUNICAZIONE AGLI ASSISTITI.....	15
6.	RESPONSABILITÀ.....	16
7.	MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI	16
8.	STORIA DELLE MODIFICHE	16
9.	RIFERIMENTI	17

1. PREMESSA

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono erogate dalla ASLTO4, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e offrire all'utenza un servizio adeguato alle necessità.

La numerosità dell'offerta, intesa come complesso delle agende ambulatoriali e la sua diffusione in diversi punti di erogazione, hanno portato alla stesura di questa procedura con l'intento di definire un processo che coinvolga i diversi attori mantenendo come obiettivo primario il buon governo dell'offerta.

I tempi di attesa costituiscono uno dei determinanti della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti, e una delle problematiche più diffuse in tutti i sistemi sanitari, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia verso il sistema stesso.

La procedura è destinata a tutti gli operatori coinvolti nel percorso ambulatoriale, e le indicazioni in essa contenute sono da ritenersi obbligatorie.

Elemento essenziale di tutto il processo è la comunicazione fra le parti, che deve essere chiara, inequivocabile e puntuale.

2. SCOPO

Scopo della presente procedura è descrivere:

- le modalità di prescrizione delle prestazioni a carico del SSR,
- le modalità di prenotazione,
- le modalità di gestione delle agende di prenotazione in ordine alla loro strutturazione e regolamentazione per quanto concerne le chiusure e le sospensioni di attività,
- le modalità di monitoraggio dei tempi di attesa

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutti gli accessi per i cittadini che devono fruire delle prestazioni specialistiche previste dai LEA prescritte dal Medico di Medicina Generale, Pediatra di libera scelta, Specialista ospedaliero o Convenzionato (primo accesso, controlli, follow-up), e per la gestione delle agende di prenotazione di dette prestazioni.

La presente procedura si applica alle Direzioni Dipartimentali, alla Direzione Distrettuale e, al CUP, al Call Center, alle Farmacie Convenzionate per il servizio di prenotazione.

4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

CUP - Centro Unico di Prenotazioni

LEA - Livelli Essenziali di Assistenza

MMG - Medico di Medicina Generale

PLS - Pediatra di Libera Scelta

MSA - Medico Specialista Ambulatoriale

MSO - Medico Specialista Ospedaliero

NRE - Numero di Ricetta Elettronico

SAR - Sistema di Accoglienza Regionale

SAC - Sistema di Accoglienza Centrale

SIRPED - Sistema Informativo Regionale Prescrizione Elettronica e Dematerializzata

CNS - Carta Nazionale dei Servizi

TS - Tessera Sanitaria

RETA - Responsabile governo dei Tempi di attesa

DMO - Direzione Medica Ospedaliera.

Agenda:

strumento per l'inserimento nel CUP delle prestazioni e la relativa prenotazione: viene intesa come relazione tra l'operatore sanitario, lo spazio temporale di erogazione, la sede di erogazione e le prestazioni erogabili.

Ricetta dematerializzata:

La dematerializzazione della ricetta medica è un percorso di digitalizzazione che prevede l'abbandono della ricetta «cartacea» a favore di quella «informatica», ovvero di un «documento elettronico» che consente la condivisione in tempo reale delle informazioni tra i diversi soggetti coinvolti nella gestione del ciclo di vita della prescrizione. Il quadro normativo di riferimento è

il Decreto del 2 novembre 2011 che ha istituito la ricetta dematerializzata. La ricetta dematerializzata è l'evoluzione della ricetta elettronica istituita con il DPCM del 26 marzo 2008.

Il contesto è il sistema di monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 della legge n. 326 del 24/11/2003) del Ministero Economia e Finanze (MEF).

Nell'ambito del progetto SIRPED, la Regione Piemonte ha scelto di istituire il Sistema di accoglienza regionale (SAR). Il SAR si interpone tra gli attori del sistema (prescrittori ed erogatori) ed il SAC (Sistema di Accoglienza Centrale).

Il SAR rende disponibili le funzionalità di prescrizione, presa in carico ed erogazione sia attraverso servizi informatici (web services), sia attraverso l'applicativo web del SAR, entrambi fruibili mediante autenticazione con credenziale RUPAR Piemonte (username, password e pincode).

I sistemi dipartimentali di prescrizione delle AA.SS.LL consentono la compilazione della ricetta dematerializzata provvista di NRE (numero di ricetta elettronico) e l'invio della medesima al SAR.

I sistemi dipartimentali di prenotazione/accettazione comunicano al SAR l'avvenuta presa in carico della ricetta dematerializzata, al fine di riservarsela in modo esclusivo rispetto a tutti gli altri erogatori.

I sistemi dipartimentali di erogazione comunicano al SAR l'erogazione totale o parziale della ricetta dematerializzata.

Se per un qualsiasi problema tecnico è impedito di emettere o accettare con modalità elettronica la ricetta, questa va scritta in via tradizionale con prescrizione su ricettario rosso e accettata dal sistema in modo tradizionale

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire con **ricetta dematerializzata**.

Non rientrano nel percorso di dematerializzazione:

1. prestazioni ambulatoriali prescritte ed erogate durante episodi di Pronto Soccorso (Flusso C2) e di ricovero (Flusso C4), comprese le prestazioni in pre e post-ricovero utilizzando percorsi/agende di prenotazioni interne. Gli esami diagnostici post ricovero devono essere eseguiti entro 7 giorni dalla data di dimissione ed indicati sulla lettera di dimissione, mentre le visite post-ricovero (visita, asportazione suture, medicazioni, rimozione drenaggi) devono essere eseguite entro 30 giorni dalla data di dimissione. Tali prestazioni devono essere erogate presso la stessa ASL di ricovero;
2. prestazioni dell'Agenda di Gravidanza;
3. prestazioni ad accesso diretto effettuate:
 - o presso i centri per le malattie sessualmente trasmesse;
 - o presso i consultori;
 - o presso i centri di salute mentale;
 - o presso i servizi di patologia delle dipendenze;
4. prestazioni ambulatoriali a pacchetto (ovvero le prestazioni NT, esenti ticket, quali gli interventi di chirurgia in regime ambulatoriale es. cataratta e tunnel carpale e gli accessi per chemioterapia).

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo qualsiasi utilizzo per attività libero professionale e deve essere finalizzata all'erogazione delle visite o prestazioni necessarie per risolvere un quesito diagnostico legato ad uno stato patologico o sospetto tale.

Non possono essere prescritte a carico del SSR:

- prestazioni che rientrano nell'interesse privato del cittadino: esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, esami per uso assicurativo, visite ed esami finalizzati all'accertamento dell'idoneità della pratica sportiva agonistica. In questi casi l'onere delle prestazioni è a totale carico del cittadino;
- prestazioni inerenti la richiesta di Tutela/Amministrazione di Sostegno;
- controlli prescritti dal medico del Lavoro (a carico del Datore di Lavoro) o esami non richiesti per lo stato di salute o dubbi diagnostici (esami prematrimoniali, certificazioni a corredo della domanda di invalidità, etc);
- prestazioni che precedono o sono correlate a prestazioni non previste nei LEA (es. visite ed esami preliminari alla chirurgia estetica);
- prestazioni richieste nell'espletamento, da parte dei medici specialisti operanti nelle strutture pubbliche o private accreditate, dell'esercizio della libera professione sia in regime intramoenia che extramoenia (art. 50 Legge Finanziaria 2004).

Per quanto riguarda le prestazioni erogabili in regime di Servizio Sanitario Regionale, la ricetta è sempre obbligatoria ed assume *rilevanza come documento contabile, con efficacia probatoria ai fini del rimborso da parte del SSR medesimo.*

La ricetta è un documento pubblico di natura certificativa, con implicazioni giuridiche civili e penali, economiche, medico legali e di responsabilità professionale.

La compilazione della ricetta non è un atto burocratico, ma un atto medico: l'incompleta o non corretta compilazione o alterazioni apportate alla ricetta (es. indicazione classe d'urgenza) oltre che a costituire violazione delle regole di sistema, possono configurare illecito amministrativo fino ad assumere rilevanza penale.

La prescrizione presuppone pertanto il rispetto della corretta modalità prescrittiva, tenendo presenti, oltre gli aspetti formali, anche i principi di appropriatezza, efficacia diagnostico terapeutica, e il razionale utilizzo delle prestazioni sanitarie.

5.1.1 REGOLE PRESCRITTIVE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E LA DIAGNOSTICA STRUMENTALE IN REGIME DI EROGAZIONE A CARICO DEL SSR

Le prescrizioni per prime visite ed esami vengono fatte dal medico sulla base dello **stato di salute del paziente**, assegnando una classe di priorità. È dunque **il medico**, a seconda della **presenza e dell'intensità dei sintomi** e le **modalità indicate stabilite dalla Regione** a stabilire l'arco di tempo entro il quale deve essere effettuata la visita o l'esame diagnostico.

COMPLETEZZA

La prescrizione deve essere completa e deve riportare, in particolare, le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del cittadino;
- eventuali esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria;
- prestazione richiesta;
- indicazione 1° accesso o controllo
- classe di priorità (se 1° accesso)
- quesito diagnostico (codice ICD-IX-CM) che motiva la richiesta della prestazione. In caso di mancata indicazione del quesito diagnostico la prestazione sarà considerata come programmata;

Il Campo note della ricetta dematerializzata può essere utile per indicare:

- il distretto anatomico da studiare
- orario o altra informazione necessaria per la corretta erogazione della prestazione
- metodiche per alcune prestazioni di laboratorio
- Ciclo di prestazioni: poiché nella ricetta è da indicare il numero di cicli (ognuno composto dal numero di prestazioni/sedute previste dal catalogo regionale), nel campo note può essere indicato il numero di sedute suggerite in base alla casistica del paziente. In caso di prescrittori esterni al Servizio di RRF aziendale e/o in assenza di compilazione del campo note, il numero delle sedute sarà valutato dall'équipe del servizio di RRF erogante.

CLASSE DI PRIORITÀ

La **classe di priorità** deve essere riportata sulla ricetta **obbligatoriamente in caso di 1° accesso dal medico prescrittore**:

- **classe U:** prestazione non rimandabile e urgente, che deve essere garantita entro 72 ore;
- **classe B:** prestazione da assicurarsi entro i 10 giorni;
- **classe D:** le prestazioni sono differibili (comunque entro i 30 giorni per le prime visite, entro i 60 giorni per le prestazioni diagnostiche);
- **classe P:** prestazione programmabile, non urgente: in questa classe sono incluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up e comunque inserite in un PDTA (buona parte di queste prestazioni dovranno gradualmente uscire da questa categoria trovando ricollocazione nelle agende relative agli specifici PDTA).

PRIMO ACCESSO (PRIMA VISITA O ESAME).

È l'accesso in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta, e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dichiarazione di "primo accesso", indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico*). *La prima visita viene prescritta dal Medico di Famiglia o dal Medico Specialista. La codifica nel tracciato C corrispondente al 1° accesso è 112.1*

VISITA O ESAME DI CONTROLLO (FOLLOW-UP).

Sono visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. In esse il problema 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, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della terapia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;
- prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente e che necessitano di approfondimento;
- tutte le situazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia cronica sulla ricetta.

La visita di controllo può essere richiesta entro l'arco di un anno dalla data della prima visita.

La prestazione visita di controllo deve essere presa in carico da tutte le strutture pubbliche e private accreditate, per tutti i pazienti anche se non in carico presso il centro, ed è fatto divieto di richiedere la modifica della ricetta da "visita di controllo" a "prima visita".

Il termine dei 12 mesi per il controllo non deve essere applicato in caso di controlli per i quali i follow-up sono definiti da specifici PDTA formalizzati in ambito aziendale/regionale (vedi elenco pubblicato su intranet) e nei casi in cui il paziente sia in possesso di esenzione per patologia specifica.

I controlli periodici ed i follow-up, sia di breve sia di lungo periodo, vengono prescritti dallo Specialista quando da questi ritenuti necessari, e da programmare preferibilmente entro un intervallo di tempo pari a un anno.

Gli Specialisti operanti all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche e a contratto (compresi i Medici del Pronto Soccorso), prescrivono direttamente (DPR 314/90 art. 24 comma 5, ACN per la Medicina generale del 20/01/2005 art. 51 comma 5) le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico a ciascun paziente inviato dal curante, utilizzando il sistema dipartimentale previsto per l'emissione della ricetta dematerializzata senza richiedere alcun ulteriore intervento da parte del medico curante.

La codifica nel tracciato C corrispondente al 2° o successivi accessi è 112.0.

OBBLIGO DELL'INDICAZIONE DEL SOSPETTO/QUESITO DIAGNOSTICO.

La richiesta di indagine, prestazione o prima visita deve riportare il quesito diagnostico formulato dal medico prescrittore. Poiché le prestazioni di specialistica ambulatoriale rappresentano un costo per il SSR solo se le relative richieste sono corredate dal quesito diagnostico prevalente formulato in forma chiara e specifica, ne discende l'assoluta necessità dell'indicazione del quesito diagnostico prevalente; in sua assenza l'erogatore non potrà porre la prestazione a carico del SSR.

LIMITE DI PRESCRIVIBILITÀ.

Ogni ricetta medica può contenere prescrizioni/proposte di una sola branca specialistica, fino ad un limite di otto prestazioni (fatte le debite eccezioni per i cicli di cure); le branche specialistiche sono quelle individuate nel Nomenclatore Tariffario.

Prescrizioni di prestazioni riguardanti branche specialistiche diverse devono essere effettuate su ricette diverse. Prestazioni esenti e non esenti devono essere prescritte su ricette diverse.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI CON PIÙ ESENZIONI.

Nella stessa ricetta non possono essere prescritte prestazioni erogabili in regime di esenzione dal ticket insieme ad altre prestazioni non esenti.

Qualora un assistito sia in possesso di più esenzioni per patologia, e sia necessario prescrivere prestazioni per entrambe le patologie, il medico prescrittore dovrà compilare due ricette distinte, indicando su ognuna il codice di esenzione specifico. In caso di più esenzioni, il medico è tenuto a indicare quella più favorevole al paziente.

IL DIRITTO ALL'ESENZIONE E MODALITÀ DI VERIFICA.

Su richiesta dell'interessato, i medici prescrittori verificano, al momento della compilazione dell'impegnativa e attraverso l'anagrafe regionale, se l'assistito ha diritto all'esenzione per reddito/per malattia rara /patologia cronica dal pagamento del ticket su esami e visite specialistiche.

VALIDITÀ IMPEGNATIVE.

L'impegnativa per la prescrizione di indagini specialistiche e/o accertamenti diagnostici ha validità di 60 giorni dalla data di compilazione alla data di prenotazione. L'indicazione della tipologia d'accesso (primo accesso/controllo) deve essere sempre riportata sulla prescrizione a cura del prescrittore (Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta o del Medico Specialista) secondo le modalità che sono state illustrate.

Alle strutture pubbliche e private accreditate è fatto divieto di rifiutare la prenotazione delle ricette dematerializzate prescritte da meno di 60 giorni.

5.2 PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI IN REGIME SSR

Prenotazione telefonica tramite Call Center.

La maggior parte delle prestazioni ambulatoriali (Manuale delle prestazioni) può essere prenotata attraverso il **Call Center**.

Prenotazione attraverso il CUP agli sportelli dedicati.

Alcune prestazioni specialistiche di controllo/follow-up o di secondo livello, sono prenotabili telefonicamente o attraverso i diversi punti di accettazione che effettuano la presa in carico del paziente.

Per alcuni esami per i quali è prevista una preparazione dell'utente, sono fornite specifiche informazioni al momento della prenotazione.

Sul sito Web Aziendale di ciascun Ente sono presenti le informazioni riportanti le modalità delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie (Carta dei Servizi).

A seguito dell' avvio della dematerializzazione, per il cittadino non è più possibile fissare più appuntamenti in diverse strutture con la stessa ricetta.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA PRENOTAZIONE

All'atto della prenotazione il cittadino deve essere in possesso del pro-memoria rilasciato dal curante o dallo specialista. Deve avere inoltre a disposizione **la tessera sanitaria o carta nazionale dei servizi (CNS)**.

La prescrizione **deve essere compilata in ogni sua parte** ed in particolare **deve comprendere tutte le informazioni dettagliate nel capitolo "5.1.1 REGOLE PRESCRITTIVE"**..

Il personale addetto alle prenotazioni non può procedere in mancanza della prescrizione.

PRESTAZIONI DI GARANZIA E TEMPI MASSIMI DI ATTESA

L'atto di Intesa Stato – Regioni per il triennio 2010-2012 ha stabilito che per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato dovrà essere garantito, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano Attuativo Aziendale, al 90% degli Utenti per i quali i medici prescrittori hanno redatto specifica prescrizione, anche attraverso la gestione razionale degli accessi dei cittadini al sistema CUP delle prenotazioni.

Come stabilito dalla DGR 17-4817 del 27.3.2017, gli ambiti di garanzia identificati sono:

- distrettuale per le prestazioni a bassa e media complessità;
- aziendale (a livello di Presidio Ospedaliero per le prestazioni di media e alta complessità);
- Sovraziendale o regionale per prestazioni ad alta e altissima specialità nella logica di rete e/o hub&spoke;
- sovra regionale per le prestazioni ad alta complessità, non erogate in ambito piemontese (es. adroterapia).

L'operatore di sportello CUP propone la prima disponibilità aziendale.

Se l'utente non opta per la prima disponibilità offerta, l'operatore CUP gli presenta le alternative presenti a sistema (altre sedi di erogazione).

La garanzia, quindi, decade qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio) rinunciando alla prima disponibilità offerta in ambito di garanzia e nel rispetto dei tempi massimi stabiliti.

Pertanto in fase di prenotazione viene acquisita l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata "in garanzia".

I tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali sono regolati dalla normativa regionale vigente (Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2011, n. 2-2481).

Il rispetto delle classi di priorità può essere garantito secondo le seguenti modalità:

- **Ricette con priorità U:** se presentate per la prenotazione in 4 giornate e successive dalla data di rilascio, perde la priorità U (entro 72 ore); e diventa priorità B.
- **Ricette con priorità B:** se presentate per la prenotazione oltre il termine di 10 giorni dalla data del rilascio, perde la priorità e viene prenotata come prestazione priorità D (30 giorni per visite specialistiche e 60 giorni per esami strumentali);
- **Ricette con priorità D:** se presentate per la prenotazione oltre il termine di 30 giorni dalla data del rilascio, perde la priorità D e viene prenotata come priorità P;
- se la ricetta non riporta indicazioni di priorità, come definito da Regione Piemonte, **la prestazione ricade nel codice P "programmata"** da erogarsi nell'arco di 180 giorni.

Le classi di priorità sono obbligatorie per le prime visite e ai primi accessi per prestazioni.

5.3 ACCESSO DIRETTO ALLA PRENOTAZIONE SENZA PRESENTAZIONE DELLA RICETTA

Per le sole strutture pubbliche tutti gli assistiti possono accedere direttamente al sistema di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali per la prima visita e alle successive visite di controllo per le seguenti branche specialistiche:

- Odontoiatria;
- Pediatria (per gli assistiti non in carico a Pediatra di Libera Scelta);
- Psichiatria;
- Neuropsichiatria;
- Oculistica (solo per optometriche prescrizioni lente);
- Ginecologia;
- Consultorio Familiare;
- Prestazioni di Prevenzione;
- SERD e SSM

L'accesso diretto alle prestazioni specialistiche ambulatoriali non esonera l'utente al pagamento del ticket se dovuto, fatte salve eventuali esenzioni.

Per eventuali altre prestazioni ambulatoriali che dovessero necessitare in conseguenza dell'accesso diretto, lo specialista provvederà direttamente a richiedere la prestazione tramite dematerializzata.

5.4 ACCESSO DIRETTO SENZA PRENOTAZIONE e SENZA PRESCRIZIONE

Le seguenti categorie di soggetti hanno diritto all'accesso diretto presso le strutture specialistiche di riferimento in ragione della propria condizione patologica o fisiologica:

- pazienti in trattamento dialitico presso i servizi di dialisi,
- donatori di sangue o di organo, compresi i donatori di midollo: nelle strutture che effettuano accertamenti inerenti gli atti della donazione,
- pazienti trapiantati ed in attesa di trapianto: nelle strutture che effettuano accertamenti inerenti il trapianto,
- soggetti affetti da HIV o sospetti d'esserlo: nelle strutture di prevenzione e nei centri specialistici di riferimento.

5.5 ACCESSO DIRETTO ALLA PRESTAZIONE CON PRESCRIZIONE E SENZA PRENOTAZIONE

- Le ASL devono garantire il rispetto delle classi di priorità U e B per le prestazioni ambulatoriali di base dei propri assistiti, nel rispetto degli standard regionali, attraverso la propria organizzazione dei servizi o con collegamenti organizzativi concordati con le ASO insistenti sul proprio territorio. (Determina della Regione Piemonte n. 43 del 04.02.2008.)

A tale scopo la ASLTO4 ha organizzato punti di accesso diretti presso i quali l'utente può accedere munito di impegnativa dematerializzata senza prenotazione CUP, negli orari predefiniti (vedi elenco pubblicato su internet, nella sezione dedicata alla "carta dei servizi", alla voce "visite ed esami specialistici" "Visite ed esami specialistici" <http://www.aslto4.piemonte.it/menu.asp?nodo=%2FVisite+ed+esami+specialistici%2F&a=2>

Eventuali assistiti di altre ASL con richieste di prestazioni in classe U e B, saranno inviati a CUP ed inseriti nella lista d'attesa non riferita a tali classi di priorità, salvo disponibilità.

5.6 GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE

L'unità elementare per la gestione dell'offerta è rappresentata dall'agenda di prenotazione.

L'agenda è lo strumento operativo del CUP. L'intera offerta di prestazioni di ciascuna Azienda viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende, in funzione dei diversi regimi di erogazione.

Pertanto, per ogni struttura erogante, è necessario definire la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione, in modo da permetterne la gestione al Back-office.

Il Back-office cura la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione. Tali attività sono raggruppabili in tre funzioni principali:

- a) Gestione delle agende di prenotazione
- b) Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione
- c) Monitoraggio per il governo delle liste di attesa.

La **gestione efficiente delle agende** richiede:

- la classificazione dell'agenda (es. tipologia, disciplina, branca specialistica) per il calcolo dell'offerta e dei tempi di attesa;
- i dati di chi eroga la prestazione e di quando viene erogata, e precisamente:
 - la struttura (equipe, medico, ecc.);
 - l'ubicazione dell'ambulatorio;
 - gli orari di servizio;
 - definizione durata singola prestazione/pacchetti di prestazioni;
- i dati di chi può fruire della prestazione, indicando con nota eventuali preparazioni per l'utente per l'erogazione della stessa e/o avvertenze per l'operatore CUP per la prenotazione della prestazione;
- le differenti tipologie di accesso da parte degli operatori (profili di accesso):
 - agenda prenotabile da operatori CUP (di sportello o di call center);
 - agenda prenotabile direttamente dagli ambulatori/punti di accettazione;
- la separazione e quantificazione delle prestazioni di primo accesso dalle prestazioni di controllo (accertamenti diagnostici successivi alla prima visita, protocolli di cura)
- l'applicazione dei criteri di priorità per l'accesso alla prestazione limitatamente alle 1^a visite/prestazioni. Ciascuna agenda è ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda.

5.6.1 ATTIVAZIONE DI AMBULATORIO SPECIALISTICO E RELATIVA AGENDA DI PRENOTAZIONE

Procedura autorizzativa

Si descrive di seguito la modalità di attivazione di un ambulatorio ex novo con relativa apertura di agenda di prenotazione dedicata.

Le prestazioni specialistiche che si intendono erogare devono essere attinenti alla specializzazione del professionista nell'ambito della disciplina per la quale è stato assunto.

La denominazione dell'ambulatorio non deve generare dubbi interpretativi in chi prenota le prestazioni e può contenere il nominativo del Medico solo nel caso in cui il medico sia a contratto.

La richiesta di attivazione di un nuovo ambulatorio deve essere presentata dal Direttore della Struttura erogante e verificata dal Direttore del Distretto/DMO tenendo presente i seguenti elementi:

- reale bisogno e necessità di soddisfare la domanda;
- catalogo delle prestazioni erogate dall'azienda;
- disponibilità di spazi logistici;
- disponibilità di risorse strumentali;
- disponibilità di personale di supporto.

Per agevolare la presentazione della richiesta è possibile utilizzare il modello in **allegato (ALL 1.)**. In ogni caso la richiesta deve riportare:

- Nome dell'ambulatorio
- Nome dell'agenda
- Luogo di erogazione
- Nome/i dello specialista/i erogatore/i
- Prestazioni erogate come da nomenclatore tariffario
- Codici di priorità delle prestazioni
- Tempario delle prestazioni
- Fascia temporale di attività (inizio/fine ambulatorio e giorni)
- Operatori che possono agire sull'agenda (quali operatori possono effettuare accettazioni/prenotazioni)
- Avvertenze particolari

La richiesta, debitamente compilata, andrà sottoposta alla Direzione Strategica.

A seguito di parere favorevole viene data comunicazione dell'attivazione del nuovo ambulatorio alle strutture interessate, ed inviata un'informativa a tutti gli operatori interessati.

I Responsabili delle Strutture sono tenuti a garantire le prestazioni indipendentemente dall'autorizzazione dei congedi ordinari, nonché dalla partecipazione a convegni e congressi da parte del personale sanitario. Fanno eccezione le situazioni ambulatoriali gestite da un solo medico o con dotazione organica deficitaria. In questi ultimi casi il Responsabile è tenuto comunque a verificare la presenza di prenotazioni nel periodo di interesse prima di autorizzare permessi e congedi.

ATTENZIONE

AGENDE NOMINALI

Sono **vietate le agende nominali fatto salvo per gli erogatori della specialistica convenzionata.**

LISTE CARTACEE

Sono vietate le liste cartacee.

5.6.2. CHIUSURE E SOSPENSIONI DI PRENOTAZIONI

È vietato sospendere le attività di prenotazione salvo che la sospensione dell'erogazione delle prestazioni sia legata a motivi tecnici (rif. comma 282 dell'art. 1 L. 266/2005, con previsione di **amministrative per i trasgressori**).

Un'agenda può essere chiusa, previa autorizzazione del RETA, solo quando non si eroga più il servizio.

Le sospensioni delle prenotazioni si possono verificare solo se non si conosce la data di ripristino dell'attività di erogazione della prestazione.

Per gestire le situazioni più complesse l'ASLTO4 prevede (rif. all. A alla DD101 del 24.04.2007, pag. 2):

- l'overbooking (prenotazione in eccesso), da applicare quando un prevedibile numero di utenti non si presenta all'ambulatorio specialistico nonostante sia stato prenotato, e consiste nell'inserimento nell'agenda giornaliera di un maggior numero di prenotazioni rispetto al piano di lavoro giornaliero dell'ambulatorio;
- la revisione periodica delle liste d'attesa, che si effettua quando la lista d'attesa è relativamente lunga (oltre 60 giorni tempo medio) e che consiste nel contattare gli utenti prenotati al fine di valutare se sono ancora in attesa o se hanno optato per altre soluzioni (disdette non comunicate dall'utente);
- allungamento della lista di attesa oltre il termine di 60gg.

Premesso quanto sopra, nel caso in cui esistano i presupposti per procedere alla sospensione dell'attività di prenotazione per una determinata agenda, la struttura sanitaria erogatrice potrà procedere solo previo consenso regionale da parte dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, inoltre le sospensioni devono essere oggetto di approvazione da parte del Direttore Sanitario di Presidio, o del Direttore di Distretto, che debbono a loro volta informare la Direzione aziendale.

La richiesta di autorizzazione alla interruzione delle prenotazioni deve contenere le seguenti informazioni (cfr. modello allegato alla presente):

- tipologia di prestazione oggetto di sospensione;
- struttura organizzativa interessata alla sospensione;
- motivo della sospensione;
- le misure organizzative previste, compresa la tempistica, per la continuità di erogazione della prestazione.

5.6.3. CHIUSURE E SOSPENSIONI DI EROGAZIONI

CHIUSURA DEFINITIVA DELL'EROGAZIONE

La cessazione di un ambulatorio avviene, come nel caso di apertura di una agenda, per scelte gestionali aziendali o su approvazione di un'istanza da parte dello specialista (es. cessazione di rapporto di lavoro).

Nel secondo caso la DMO o il Direttore del Distretto, comunicheranno al RETA la cessata attività dettagliando un eventuale piano di recupero degli appuntamenti già in essere.

La chiusura definitiva deve essere segnalata alla Regione attraverso il flusso specifico. La Regione è obbligata alla segnalazione periodica al Ministero della Salute, attraverso lo stesso flusso specifico.

SOSPENSIONE TEMPORANEA DELL'EROGAZIONE

Gli eventi che impediscono l'erogazione della prestazione sono imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale: il verificarsi di situazioni che impediscono il regolare svolgimento dell'attività programmata rappresenta un evento che può realizzarsi in qualsiasi contesto e per molte cause.

È pertanto necessario gestire tali eventi in modo tale da garantire la continuità del servizio così da:

- garantire all'utenza l'accesso alla prenotazione in qualsiasi circostanza, qualunque siano i tempi di attesa;
- limitare al minimo la sospensione dell'erogazione di una prestazione;
- garantire ai pazienti già prenotati il recupero della prestazione sospesa nel minor tempo possibile.

Le sospensioni dell'attività ambulatoriale possono essere fondamentalmente:

1. non programmabili
2. programmabili.

Sospensioni non programmabili

Rientrano in questa categoria le sospensioni impreviste ed eccezionali causate da:

- assenza improvvisa del medico (malattia, lutto,...) e impossibilità di reperire un sostituto nella giornata o nei giorni seguenti;
- emergenza di servizio che richiede la presenza dello specialista negli orari programmati per l'attività ambulatoriale (es. copertura turni di guardia) nell'impossibilità di reperire un sostituto;
- rotture improvvise di attrezzature.


Le sospensioni temporanee e non programmabili dell'erogazione devono essere segnalate alla Regione attraverso il flusso specifico. La Regione è obbligata alla segnalazione periodica al Ministero della Salute, attraverso lo stesso flusso specifico.

Sospensioni programmabili

Rientrano tra le sospensioni programmabili quelle dovute all'assenza del medico per ferie o congressi/corsi di aggiornamento e alle manutenzioni ordinarie delle attrezzature.

In questo caso le prenotazioni non vengono interrotte ma proseguono oltre al periodo di fermo-erogazione e, pertanto, non è necessaria la segnalazione in Regione. Ciò nondimeno, se erano previsti utenti prenotati nei giorni di sospensione, deve comunque essere data indicazione al Governo CUP per la riprenotazione dei pazienti. Nel richiedere la sospensione, quindi, è **OBBLIGATORIO** esplicitare le modalità (date e orari congrui con l'agenda ordinaria) di recupero di pazienti eventualmente già prenotati.

Entro il 30 novembre di ciascun anno il Direttore/titolare dell'ambulatorio programmerà la sospensione delle sedute per ferie, festività etc. dell'anno successivo. Le settimane di sospensione dell'ambulatorio, indipendentemente dal numero di sedute settimanali, non deve superare le 7 settimane nell'anno, ad esclusione dei professionisti che hanno il rischio radiologico. La

	PROCEDURA	PRO_QUAL_02_2018
---	------------------	------------------

pianificazione dovrà essere inviata per approvazione alla DMO/Direzioni di Distretto che, a loro volta, la trasmetteranno alla funzione Management Gestione unif. Offerta Spec. ed ambulatoriale (S.S. Qualità).

Il medico specialista convenzionato è tenuto a richiedere il congedo ordinario o il permesso non retribuito con un preavviso di norma non inferiore a 30 giorni. Nel caso in cui la richiesta giunga al Direttore di Distretto con preavviso inferiore a 30 giorni l'autorizzazione sarà concessa a patto che la sostituzione sia garantita dal richiedente (comma 2 art. 31 ACNL/2015). Nel caso in cui lo specialista richieda un permesso non retribuito con un preavviso superiore a 30 giorni, Direttore di Distretto prima di autorizzare il congedo è tenuto a verificare la presenza di prenotazioni nel periodo di interesse e individuare il sostituto se necessario.

Piano Ferie. Al fine di migliorare l'organizzazione e ridurre i disagi all'utenza, nei periodi di assenze che prevedono una perdurante sospensione del servizio, l'Azienda richiede allo specialista entro il **30/11** di ciascun anno, una programmazione di massima del/dei periodi di assenza che il medico intenderà usufruire nell'anno successivo. Tali periodi dovranno essere riconfermati entro i termini previsti dall'A.C.N. (30 gg) in merito ai permessi retribuiti. Il Governo CUP provvederà alla sospensione sulla base della programmazione di massima.

Riassumendo, la sospensione temporanea dell'erogazione delle prestazioni dovrà avvenire secondo le seguenti modalità:

CAUSE DI SOSPENSIONE DELL'EROGAZIONE	N. GG DI SOSPENSIONE	AUTORIZZATORE	COMUNICARE A:
<ul style="list-style-type: none"> • Malattia 	Variabili	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende
<ul style="list-style-type: none"> • Ferie e permessi in attuazione degli istituti contrattuali 	Variabili (comunque nel rispetto del massimale di 7 settimane anno in caso di sospensione programmata)	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende
<ul style="list-style-type: none"> • tecnici (manutenzione straordinaria) • organizzativi • logistici • carenze di organico motivate 	Per sospensioni di erogazione <a 5 gg (prestazione erogata da più specialisti)	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende
<ul style="list-style-type: none"> • tecnici (manutenzione straordinaria) • organizzativi • logistici • carenze di organico motivate 	Per sospensioni di erogazione <a 5 gg E la prestazione viene erogata da UNICO SPECIALISTA	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende Manager T.A
<ul style="list-style-type: none"> • carenze di organico motivate 	Per sospensioni di erogazione > a 5 gg	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende Manager T.A. che invia a: <ul style="list-style-type: none"> • RE.TA • Regione

Le richieste di sospensione dovranno essere effettuate compilando il modulo allegato alla presente (Allegato 2)

Qualora i tempi siano estremamente brevi o il numero di pazienti coinvolti sia elevato, è opportuno intraprendere contatti diretti con il referente medico della DMO o con il Direttore del Distretto. In questi casi, il primo giorno, il personale del Servizio che sarà comunque presente nell'ambulatorio, avviserà direttamente gli eventuali pazienti che dovessero essersi già presentati e contatterà telefonicamente i pazienti successivi comunicando loro che la seduta è stata sospesa e che saranno ricontattati per un nuovo appuntamento.

Eventuali ulteriori sospensioni nei giorni successivi dovranno avvenire secondo le modalità su esposte.

In generale, comunque, si deve provvedere alla gestione della ricollocazione dei pazienti già prenotati nel più breve tempo possibile.

L'impossibilità dell'erogazione, per la tipologia dei motivi accennati, non deve tuttavia impedire in alcun modo l'attività di prenotazione, traslando la prenotazione sugli altri punti di erogazione aziendali e/o sui privati accreditati.

5.6.4 RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA

Al fine di garantire un sistema di offerta congruo con i comportamenti dell'utenza, è necessario prevedere un piano di revisione dell'offerta stessa sulla base delle informazioni dedotte dal sistema di monitoraggio e da analisi mirate sul livello di efficienza delle singole agende.

In particolare, **l'Azienda verificherà semestralmente** per ciascuna agenda, quale sia il "**tasso di non presentazione –drop out-**" rispetto al piano di lavoro, al fine di individuare situazioni in cui sia necessario riprogrammare l'offerta in modo da superare casi di maggiore criticità, in tal caso potranno essere effettuate prenotazioni in eccesso quando un prevedibile numero di utenti non si presenta all'ambulatorio specialistico nonostante sia stato prenotato, inserendo nell'agenda giornaliera un maggior numero di prenotazioni rispetto al piano di lavoro giornaliero dell'ambulatorio.(D.D. 101 del 24.4.2007)

5.6.5 CICLICITÀ DELLE PRESTAZIONI

Una delle caratteristiche più complesse da gestire in un Sistema di Prenotazione è costituita dalla programmazione delle prestazioni erogabili all'interno di un unico ciclo di trattamento. Strumenti atti a garantire la completa programmazione di un ciclo distribuito su un arco temporale compatibile con il piano di cura previsto dal medico, e conciliabile con le esigenze del servizio erogante, possono risultare fortemente vincolanti per i singoli erogatori chiamati a fornire le prestazioni richieste.

L'ASL adotta modalità diverse di funzionamento, modulabili a livello di singolo punto di erogazione, con la possibilità di:

- prenotare tutto il ciclo in maniera automatica direttamente tramite procedura;
- prenotazione del primo accesso al ciclo, lasciando l'organizzazione del resto delle sedute al servizio che riceve il paziente in trattamento;

Quanto sopra sempre nel rispetto delle regole della ricetta de materializzata.

5.6.6 GESTIONE DELLE DISDETTE

L'utente che non ha intenzione di presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire la prenotazione entro i 2 giorni lavorativi precedenti l'appuntamento (all.1 alla D.G.R. n. 14-10073 del 28/07/2013) al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo disponibile.

L'Azienda favorisce l'accessibilità ai servizi di disdetta prevedendo le seguenti modalità:

- tramite recall;
- tramite call center;
- prevedendo accessi agli sportelli di prenotazione;
- tramite posta elettronica.

5.6.7 MONITORAGGIO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

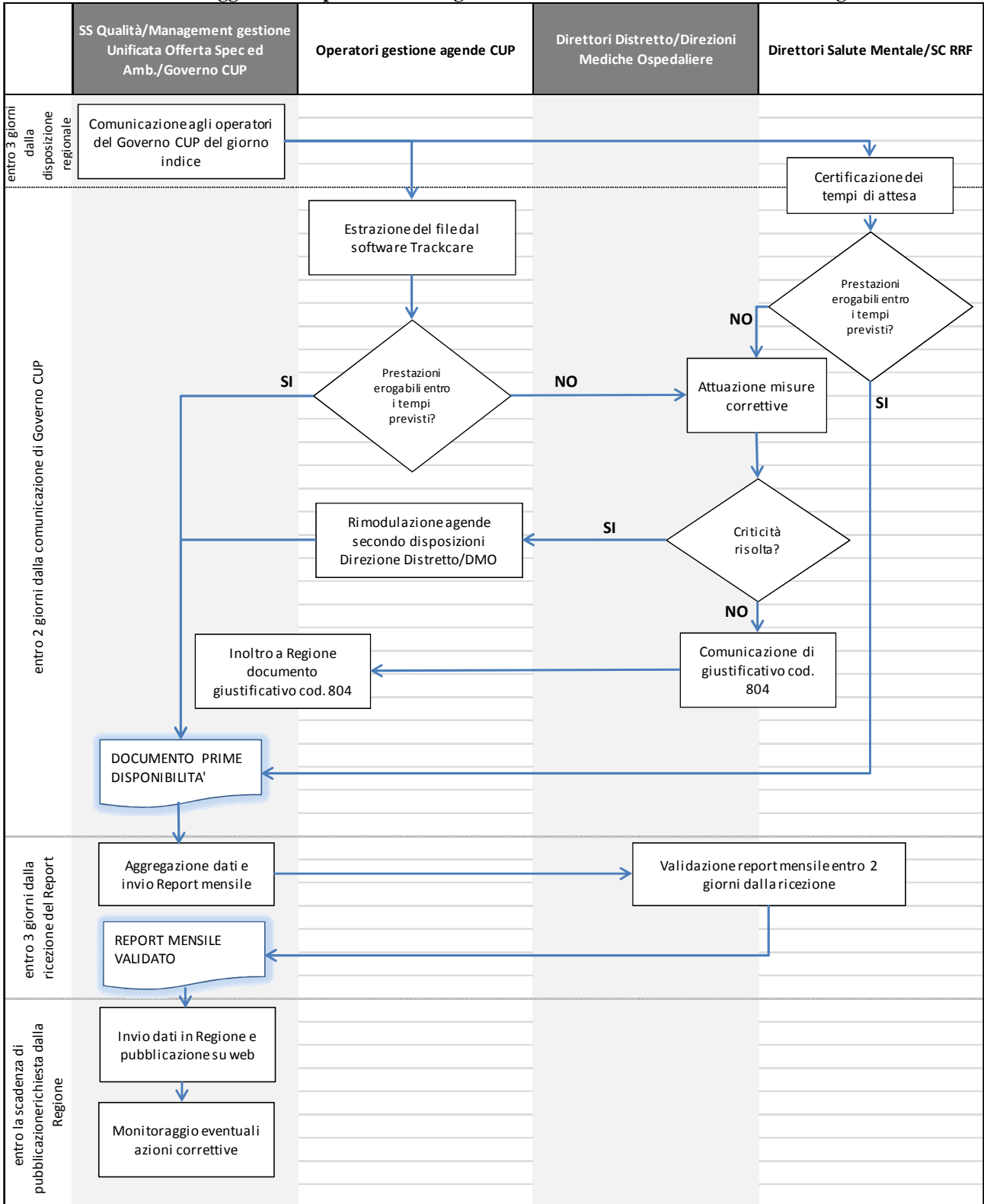
Il monitoraggio dei tempi di attesa e l'analisi delle criticità si configurano come strumenti importanti per rivalutare l'offerta rispetto a situazioni critiche.


Per garantire una maggior trasparenza anche ai fini statistici, i tempi d'attesa delle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono monitorati con periodicità mensile e sono resi disponibili sul sito aziendale ove sono indicati i giorni di attesa rilevati nel giorno indice per le diverse prestazioni monitorate dalla Regione Piemonte.

Nella pagina che segue è riportato il diagramma di flusso per la rilevazione mensile prevista dalla Regione Piemonte.

Sono inoltre previste rilevazioni dell'appropriatezza prescrittiva delle ricette SSN per classe di priorità in relazione alla normativa vigente.

Flow-chart del monitoraggio dei tempi di attesa nel giorno indice secondo le indicazioni della Regione Piemonte.



 <p>A.S.L. TO4 Azienda Sanitaria Locale Regione Piemonte</p>	<p>PROCEDURA</p>	<p>PRO_QUAL_02_2018</p>
--	-------------------------	-------------------------

5.6.8 GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

L'azienda per il contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali adotta i seguenti provvedimenti correttivi:

- integrazione dei volumi di prestazioni specialistiche anche ricorrendo ad erogatori interni (attività aggiuntiva) o esterni (strutture accreditate);
- standardizzazione del tempario di erogazione erogate nell'Azienda;
- percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche. Si tratta di avviare un vero e proprio cambiamento culturale, che deve interessare tutte le componenti coinvolte nel sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti alle strutture erogatrici e agli apparati amministrativi delle Aziende, oltre che i sistemi di prenotazione CUP.

Tra gli strumenti adottati a supporto degli obiettivi di appropriatezza e razionalizzazione dell'offerta, vengono utilizzati:

- redazione di linee guida prescrittive;
- coinvolgimento dei Medici Specialisti nelle riunioni di equipe dei MMG;
- Audit tra prescrittori ed erogatori: l'Azienda ritiene indispensabile momenti di confronto tra i soggetti prescrittori ed erogatori, pertanto sono previsti audit su episodi sintomatici per la correttezza dell'appropriatezza prescrittiva.

Procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti a riguardo dell'utilizzo delle classi di priorità e alla presenza del quesito diagnostico per prestazioni ambulatoriali.

Le classi di priorità devono essere applicate alle prescrizioni di primo accesso per prestazioni ambulatoriali erogate dal SSN oggetto di monitoraggio a cura del prescrittore.

La verifica della congruenza tra quesito clinico/criterio di priorità e prestazione prescritta può essere eseguita solo a seguito del contatto tra lo specialista che eroga la prestazione e il paziente, all'atto della prestazione stessa.


Per tale motivo nessun governo ex ante dell'accesso è proponibile da parte dell'Azienda: è possibile tuttavia monitorare puntualmente e sistematicamente sia l'utilizzo delle classi di priorità a cura dei medici prescrittori, sia la presenza del quesito diagnostico.

5.6.9 COMUNICAZIONE AGLI ASSISTITI

L'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa sono un diritto del cittadino pertanto l'Azienda si impegna a trasmettere informazioni ai cittadini riguardo alle prestazioni sanitarie, alle novità normative ed organizzative, ai diversi regimi di erogazione delle prestazioni, ai regolamenti, alla compartecipazione alla spesa sanitaria e titoli di esenzione, accesso e canali di prenotazione nel rispetto dell'equità e della trasparenza.

Sul sito aziendale di ogni singola Azienda sono pubblicate, in modo chiaro e snello, le informazioni per i cittadini, che vengono aggiornate in coerenza alle disposizioni nazionali/regionali.

Gli aggiornamenti del sito vengono comunicati dalla DMO o dal Direttore del Distretto all'Ufficio Comunicazione che ne cura la pubblicazione.

	PROCEDURA	PRO_QUAL_02_2018
---	------------------	------------------

6. RESPONSABILITÀ

Attività	DIREZIONE SANITARIA	S.S. QUALITA' funzione management Gestione unif. Offerta Spec. ed ambulatoriale	DMO/ DIRETTORI DISTRETTO	Singoli operat.
Redazione/aggiornamento della procedura		R	C	C
Verifica dei contenuti della procedura			C	
Approvazione della procedura	R			
Diffusione della procedura		R	C	
Archiviazione della procedura		R	C	C
Verifica applicazione		C	R	C
Audit		R	C	C
Azioni correttive		R (monitoraggio)	R (attuazione)	C

C= Collaborazione R= Responsabilità

7. MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI

Report	indicatore
Rilevazione mensile tempi di attesa prestazioni monitorate	<ul style="list-style-type: none"> • Indice di performance (rif. DGR 26-6421 del 26/01/2018) • Tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale mensile • % prestazioni soggette a monitoraggio erogate entro gli standard previsti per UBDP (atteso $\geq 90\%$)
Rilevazione trimestrale dei drop-out	<ul style="list-style-type: none"> • % utenti prenotati che non si sono presentati alla visita (per tutte le priorità UBDP) (atteso $< 5\%$)

8. STORIA DELLE MODIFICHE

VERSIONE	Data emissione	Modifiche di rilievo
00	01/03/2018	Prima emissione
01	Ottobre 2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridefinizione delle Responsabilità in capo alle diverse funzioni, con valorizzazione del ruolo dei Direttori di Distretto e delle Direzione Mediche Ospedaliere; ▪ Ridefinizione del capitolo riguardante la chiusura e le sospensioni di erogazione delle prestazioni e i relativi flussi di comunicazione (cap. 5.6.3); ▪ Revisione del diagramma di flusso relativo al monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio regionale; ▪ Ridefinizione degli indicatori di monitoraggio (cap. 7); ▪ Riordinamento dei paragrafi, eliminazione dei contenuti ridondanti e formattazione grafica.

9. RIFERIMENTI

- Determinazione Regionale 519 del 8.8.2017 - Prima identificazione dei criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, nell'ambito del programma regionale per il governo dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019 a norma della DGR 17-4817 del 27.3.2017.
- DGR 17-4817 del 27.3.2017 Programma regionale per il Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019 – primi indirizzi alle ASR.
- DGR 13-3731 del 17.7.2016 definizione dei tetti di spesa per la specialistica ambulatoriale erogata da privati accreditati esclusivamente per le prestazioni ambulatoriali.
- DGR 44-3399 del 30.5.2016 definizione del percorso e dei criteri per la riduzione delle prestazioni connotate ad alto rischio di inappropriatazza.
- DGR 30-3307 del 16.5.2016 assegnazione obiettivi economico gestionali di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali e Commissari delle ASR.
- DGR 20-1086 del 23.2.2015 indicazioni alle ASL finalizzate alla realizzazione di infrastruttura di rete e all'utilizzo di idoneo applicativo in conformità al DM 21.2.2013.
- DGR 2-2481 del 29.7.2011 Approvazione Piano Regionale Liste di attesa.
- DGR 28-2027 del 17.5.2011 – Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012.
- Ministero della Salute – Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012.
- D.D. 375 del 10.7.2009 – individuazione delle classi di priorità.
- DGR 37-5180 del 29.01.2009 “Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, la Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 – Modificazioni ed integrazioni”.
- DD 101 del 24.04.2008.
- Determina della Regione Piemonte n. 43 del 04.02.2008.
- Ministero della Salute – Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;
- DGR 37-5180 del 29.1.2007
- DGR n. 56–3322 del 3 luglio 2006: “Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, la Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 – Indirizzi applicativi”.
- DGR n. 14–10073 del 28 luglio 2003: “Linee guida per la gestione dell’accesso alle prestazioni programmabili in Regione Piemonte”.
- DPCM 16 aprile 2003: “Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”.
- DGR n. 55–4769 del 10 dicembre 2001: “Prestazioni specialistiche ambulatoriali. Determinazione degli standard per l’erogazione delle prestazioni, principi per la gestione delle liste di attesa e informazione all’utenza”.
- DPCM 29 novembre 2001: “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.
- Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 21 maggio 2001, n. 296. Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124.
- Decreto ministeriale - Ministero della Sanità - 18 maggio 2001, n. 279. Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124.
- Legge 549 28 dicembre 1995: “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”.
- DPCM del 19.5.1995: “Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari”.
- Legge 724 23 dicembre 1994: “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”.
- Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 1 febbraio 1991. Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria.