Criteria di formazione delle liste di attesa e azioni per il loro contenimento

(art. 41, comma 6 del D. L.gs. 24 marzo 2013, n. 33, come modificato dall'art.33, comma 1, lettera c del D. L.gs. 25 maggio 2016, n. 97)

Prestazioni ambulatoriali

Il Piano Nazionale per il governo delle Liste di attesa (PNGLA) e la normativa regionale prevedono le seguenti classi di priorità per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, che il medico deve attribuire sulla base delle specifiche condizioni cliniche del paziente:

- **U (Urgente):** prestazioni in urgenza da effettuarsi nel più breve tempo possibile e, comunque entro le 72 ore;
- **B (Breve):** prestazioni da effettuarsi entro un periodo breve: entro 10 giorni;
- **D (Differibile):** prestazioni che possono essere differite: entro 30 giorni per visite ambulatoriali, entro 60 giorni per prestazioni strumentali;
- **P (Programmata):** prestazioni programmabili da eseguire entro 120 giorni.

La compilazione del campo "classe di priorità" da parte del Medico è obbligatoria per tutte le prescrizioni di primo accesso. La ricetta priva di tale indicazione viene considerata come prescrizione di una prestazione programmabile (P).

I tempi di erogazione previsti dalla priorità decorrono dal momento della richiesta della prenotazione.

Al fine di rispondere alla domanda sanitaria nei tempi previsti, le agende ambulatoriali sono costruite in modo da prevedere la distribuzione degli appuntamenti della singola prestazione suddivisi per le medesime classi di priorità.

Il coordinatore amministrativo gestisce le agende delle prestazioni ambulatoriali, differenziando i primi accessi dai controlli/follow-up, e rispettando le normative sulle priorità di accesso. Le agende sono monitorate dal personale di competenza, con frequenza mensile, verificando il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla normativa. Nel caso in cui, per alcune prestazioni, non si dovessero garantire i tempi previsti, il coordinatore amministrativo si attiva per apportare i correttivi necessari.

Nel caso in cui l'utente non possa più effettuare la prestazione nella data prenotata, è necessario procedere tempestivamente con l'ANNULLAMENTO dell'appuntamento, preferibilmente almeno entro 72 ore dalla data fissata, al fine di consentire a un altro utente di usufruire del posto liberatosi in agenda, e di non incorrere nel pagamento del costo del ticket delle prestazioni NON annullate, comunicandolo tempestivamente alla Struttura dove è in essere la prenotazione.

Se la struttura prescelta non è in grado di garantire il tempo massimo indicato sulla ricetta, è possibile rivolgersi all'Ufficio Relazioni col Pubblico (URP) o al Responsabile Unico Aziendale (RUA) per i tempi di attesa, che saranno in grado di supportare l'utente ricercando sul territorio altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati dalla classe di priorità.

Diversamente, la struttura erogatrice inizialmente scelta potrà essere chiamata ad erogare, su richiesta del paziente, la prestazione in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa.

La domanda per l'accesso alla prestazione in libera professione con il solo pagamento del ticket da parte del paziente, quando dovuto, deve essere indirizzata direttamente dall'interessato alla Direzione dell'Ente Erogatore. Non sono previsti rimborsi.

Presso le sedi del Gruppo MultiMedica gli slot delle agende ambulatoriali sono strutturati secondo le modalità indicate dal PNGLA per Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), dedicando alle prime visite o primi accessi un mix di offerta di classi (U/B e D/P).

Il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA) prevede inoltre che se **l'assistito rifiuta la prima data disponibile al momento della prenotazione esce** dall'ambito di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsto dalla Classe di priorità assegnata.

Prestazioni di ricovero, di macroattività ambulatoriale (MAC) e di bassa complessità chirurgica (BIC)

Relativamente ai ricoveri, alle MAC ed alle BIC, il medico, nel momento in cui ne pone l'indicazione, procede alla prescrizione ed assegna al paziente una priorità clinica, come sotto specificato:

- Classe A: Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 30 giorni salvo diverse disposizioni in materia;
- Classe B: 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. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 60 giorni salvo diverse disposizioni in materia;
- Classe C: 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. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 180 giorni salvo diverse disposizioni in materia;
- Classe D: Casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 12 mesi salvo diverse disposizioni in materia.

Il paziente viene quindi inserito in lista d'attesa attraverso l'applicativo aziendale ed i criteri utilizzati per lo scorrimento della lista sono, nell'ordine:

1. codice di priorità clinica o socio-sanitaria (priorità A, B, C, D)
2. ordine progressivo di inserimento, per data
3. completamento degli accertamenti e stato di salute al momento del ricovero

Il tempo previsto dalla classe di priorità decorre a partire dal momento in cui viene concluso l'iter diagnostico-terapeutico condiviso con il paziente e viene posta dal medico l'indicazione della prestazione, a meno di un rinvio su richiesta del cittadino per sue specifiche esigenze.

Monitoraggio dei tempi d'attesa

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, sia prime visite che strumentali, e dei ricoveri chirurgici viene effettuato mensilmente, come previsto dal disciplinare tecnico della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia per il monitoraggio dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri.

I dati relativi al monitoraggio vengono inseriti nel portale SMAF, nel quale tutti gli enti territoriali inseriscono i dati relativi ai flussi informativi richiesti da Regione Lombardia.

Nella sezione dedicata alle Liste di Attesa del sito web aziendale:

(<https://multimedica.it/il-gruppo/amministrazione-trasparente/>)

sono pubblicati i dati relativi ai tempi d'attesa per le strutture del Gruppo MultiMedica.

Riferimenti normativi

1. Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019 – 2021
2. DGR Regione Lombardia 1775/2011 “Recepimento del Piano Nazionale di governo delle liste di attesa” e s.m.i.
3. DGR Regione Lombardia 5743/2007 all.9 Linee guida del Progetto Mattone “Tempi d’attesa”
4. DGR Regione Lombardia 7766/2018 “Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale”
5. DGR Regione Lombardia 3993/2015 “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l’esercizio 2015”
6. DGR Regione Lombardia 1865/2019 “Recepimento dell’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento E Bolzano del 21/2/19 sul Piano nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e approvazione della proposta di Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa”
7. Circolare esplicativa DGR 1865/2019 prot. n° 7556 del 27/9/19 – DG Welfare Regione Lombardia