



Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona



37122 Verona – Via Locatelli,1 – Tel. 0458006112 – 045596745
www.omceovr.it – segreteria@omceovr.it – segreteria@pec.omceovr.it

PROPOSTE PER IL MIGLIORAMENTO DEI RAPPORTI FRA SANITA' TERRITORIALE, SPECIALISTICA AMBULATORIALE E OSPEDALIERA

Il miglioramento dei rapporti e della comunicazione fra gli operatori della sanità territoriale e i colleghi della specialistica ambulatoriale e ospedaliera si realizza attraverso il superamento di alcune criticità ancora presenti nel sistema sanitario locale che riguardano:

- **ambiti di carattere organizzativo generale,**
- **il passaggio di informazioni fra i professionisti sanitari**
- **ambiti riguardanti l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa e l'adozione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)**

La proposta di interventi migliorativi deve tener conto prioritariamente dei bisogni dei pazienti più fragili e meno autonomi e prendere in esame i setting assistenziali appropriati ad assicurare più efficacemente la gestione sul territorio della cronicità e della terminalità, al fine di evitare ospedalizzazioni incongrue o ripetute; deve inoltre suggerire le soluzioni organizzative più razionali tese a semplificare i percorsi di prenotazione e assegnazione degli appuntamenti.

La Commissione intende pertanto formulare linee di indirizzo di carattere generale che coinvolgano prima di tutto le Aziende Sanitarie, affinché siano accelerati i processi di miglioramento organizzativo di carattere generale (es. CUP, procedure/protocolli di accesso ai servizi sanitari, Refertazione di visite ed esami inviati nella cartella del MMG); può inoltre proporre, attraverso il coinvolgimento dei referenti dei MMG e degli specialisti, le azioni per uniformare le modalità di comunicazione fra i professionisti nonché le linee per condotte di appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Appare infine necessario individuare i possibili interventi per lo sviluppo della **telemedicina** (monitoraggio, visite, consulenze e referti a distanza; si veda a questo proposito il documento approvato il 14 dicembre 2022 dal Consiglio dell'Ordine dei Medici) e per facilitare la **formazione congiunta fra medici del territorio, specialisti intra ed extra ospedalieri e medici che operano nei distretti socio sanitari nell'ambito delle Cure primarie e nell'organizzazione dei servizi specialistici, nonché i referenti dell'assistenza domiciliare.**

A. RICHIESTE DI VISITE ED ESAMI DI APPROFONDIMENTO E DI CONTROLLO

L'allungamento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, che coinvolge tutte le aziende sanitarie, impegna il SSR ad un continuo **miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**, rivolta anche alla corretta attribuzione delle classi di priorità di accesso sulla base del problema clinico presente. Ciò richiede il coinvolgimento di tutti i medici prescrittori ed erogatori di prestazioni, ma altresì è necessario individuare all'interno delle organizzazioni sanitarie i **percorsi più razionali e semplici** per facilitare l'accesso dei pazienti alle prestazioni specialistiche, anche attraverso l'adozione di PDTA concordati.

I sistemi di prenotazione centralizzata (CUP) hanno consentito di ampliare la possibilità di prenotazione su tutti i servizi presenti in un'azienda sanitaria, purtroppo l'aumentata richiesta di prestazioni specialistiche ha determinato un intasamento della domanda rispetto alla quale il servizio sanitario locale a volte non sa offrire risposte tempestive. La gestione da parte dei CUP di tutte le richieste (prime visite, primi accertamenti strumentali e le visite e gli accertamenti di controllo) spesso non consente di dare risposte adeguate alle varie tipologie di richieste, generando disagi, in particolare per i pazienti con patologie croniche, costretti a ripetuti contatti con il CUP per trovare la disponibilità di accessi. Si rende indispensabile pertanto:

- introdurre elementi di innovazione nei sistemi di prenotazioni, nati più di 20 anni or sono,
- identificare con maggiore accuratezza il ruolo dei medici di medicina generale e degli specialisti nella prescrizione specialistica, allo scopo di accorciare i tempi della prescrizione (evitando al paziente accessi ripetuti per una semplice compilazione di impegnative),
- coinvolgere il presidio sanitario nella immediata prenotazione di esami e visite di controllo su canali e agende dedicati.

A tal proposito si rimanda a quanto stabilito dalla recente **DGR n. 1562 del 06 dicembre 2022 "Adozione del modello "Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)"** ⁽¹⁾ in merito alla prescrizione di prime visite e primi accertamenti e di visite/accertamenti diagnostici di controllo, dove viene specificato che:

1. *"La prima visita specialistica/prestazione è quella che rappresenta il primo accesso dell'assistito al Sistema Sanitario Regionale relativamente ad un problema di salute che viene clinicamente affrontato per la prima volta.*
2. *La visita di controllo, o di follow up, è quella successiva ad un inquadramento diagnostico concluso, in cui un problema già noto viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata.*

Ad integrazione di quanto previsto dalla citata Deliberazione regionale si precisa quanto segue:

A. VISITE ED ESAMI DI APPROFONDIMENTO necessari a formulare la risposta al quesito diagnostico:

- o Lo specialista di qualsiasi branca specialistica che nel corso della visita o di un accertamento strumentale ritenga necessari ulteriori esami di approfondimento, per poter rispondere al quesito diagnostico, è tenuto a prescrivere direttamente tali accertamenti.

La struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve inoltre offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura o nei presidi pubblici o privati accreditati presenti nella Ulss 9.

B. VISITE ED ESAMI DI CONTROLLO:

Il criterio da assumere per individuare il medico che è tenuto alla prescrizione deve fare riferimento alla necessità o meno da parte dello stesso specialista o dello stesso ambulatorio di rivedere il paziente per

- o valutare gli esiti delle indagini richieste,
- o confermare il programma terapeutico instaurato,
- o valutarne l'efficacia e gli eventuali effetti collaterali nel breve/medio termine,
- o gestire il follow up quando è richiesta una specifica competenza specialistica.

Si possono schematicamente rappresentare le seguenti condizioni:

- o Visita di controllo A BREVE TERMINE: ENTRO 15 GG O UN MESE: è lo specialista che prescrive la visita; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura;

- A MEDIO TERMINE per la valutazione dell'evoluzione della patologia o dell'efficacia/tollerabilità della terapia: è lo specialista prescrive il controllo; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura;
- A LUNGO TERMINE:
 - PAZIENTI NEOPLASTICI IN CARICO AI SERVIZI DI ONCOLOGIA: FOLLOW UP: è lo specialista che prescrive; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura;
 - PAZIENTI CON PREGRESSA NEOPLASIA E IN FOLLOW UP (ES. CR Mammario, Colon, Prostata,...): se la situazione è stabilizzata e non è richiesta una visita specialistica per individuare gli esami necessari, è il Medico di Medicina Generale che prescrive gli esami/visite di controllo, sulla base di protocolli e PDTA concordati. In questo caso la struttura territoriale od ospedaliera deve farsi carico di prenotare gli accertamenti di controllo al di fuori del percorso previsto da CUP per le prime visite o i primi accertamenti. E' opportuno che le strutture territoriali od ospedaliere forniscano ai pazienti i recapiti telefonici o gli indirizzi di posta elettronica per effettuare direttamente la prenotazione sul servizio che ha in carico il paziente.
 - PAZIENTI NON NEOPLASTICI CON PATOLOGIA STABILIZZATA: è il MMG prescrive il controllo in quanto non è necessario uno specifico specialista ma il paziente può rivolgersi ad uno degli ambulatori specialistici presenti sul territorio della Ulss.
 - DIABETICI:
 - Pazienti complessi in carico ai servizi di diabetologia: è lo specialista che prescrive il controllo e il Servizio di Diabetologia organizza gli appuntamenti per i successivi accessi.
 - Pazienti non complicati o comunque in carico prevalente al MMG: il MMG prescrive il controllo specialistico; opportuno individuare da parte della Ulss e degli altri presidi pubblici e accreditati presenti sul territorio percorsi facilitati (N° telefonico per i diabetici) per la prenotazione degli accertamenti.
 - PAZIENTI CON PATOLOGIA CRONICO DEGENERATIVA in carico prevalentemente ai servizi specialistici (es. Neuropatie e oculopatie degenerative, malattie reumatiche gravi, dermatopatie gravi.....) (DA VALUTARE SE PRECISARE PER ALTRE BRANCHE SPECIALISTICHE O PER TIPI DI PATOLOGIA) è lo specialista che prescrive; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura. E' opportuno che le strutture territoriali od ospedaliere forniscano ai pazienti i recapiti telefonici o gli indirizzi di posta elettronica per effettuare direttamente la prenotazione sul servizio che ha in carico il paziente.

Si sottolinea che, prima di qualsiasi protocollo e/o percorso organizzativo, è fondamentale in ogni caso uno impegno costante fra Medico di MG e Specialista nell'ottimizzare la comunicazione di notizie, che deve concretizzarsi in un passaggio di informazioni (verbale e/o scritto) il più completo possibile sia al momento della richiesta della consulenza, sia nel passaggio della presa in carico e, ovviamente, nella refertazione. Ciò richiede una maggior disponibilità da parte di tutti gli operatori all'ascolto e alla individuazione di canali preferenziali di comunicazione fra medici del territorio e medici specialisti.

B - APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED EROGATIVA –

B1. RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEA (RAO)

Il sistema di guida alla prescrizione e alla definizione della congrua classe di priorità di accesso realizzato attraverso la condivisione dei **RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea)** negli anni scorsi aveva iniziato a produrre effetti positivi in termini di corretto accesso secondo criteri di valutazione clinica. Nel corso del 2016 sono stati approvati dall'Ulss 9 di Verona, dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dai presidi privati accreditati, i RAO per la prescrizione di esami radiologici, di endoscopia digestiva, di cardiologia.

Inoltre sono stati attivati i tavoli provinciali di confronto fra medicina generale e specialistica per la stesura dei RAO per le seguenti branche: oculistica, neurologia, angiologia/chir. vascolare.

Successivamente, le specifiche previste dai RAO sono state diffuse alle software houses che forniscono ai Medici di Medicina Generale le cartelle cliniche informatizzate in modo da predisporre delle "tendine" di supporto alla prescrizione nelle quali sono riportati, per la singola prestazione, i RAO per le diverse classi di priorità. I programmi Millewin e Medico 2000 sono pertanto configurati per la gestione dei RAO al momento della prescrizione.

Infine, nel 2017 è stato individuato un software che consente di elaborare i dati delle prescrizioni valutando, per ogni prescrizione dematerializzata, la congruità fra la classe di priorità assegnata dal medico prescrittore e quella prevista dai RAO per le varie prestazioni. Questo strumento di verifica può rappresentare un sistema di monitoraggio efficace dell'applicazione dei RAO (come già dimostrato in altre realtà locali) e di ritorno di comunicazione fra l'Ulss e la medicina generale, utile anche per audit interni alla medicina generale.

Si ritiene che il lavoro fatto in provincia di Verona, che ha visto la proficua collaborazione fra la medicina generale e gli specialisti delle varie branche per la messa a punto di protocolli condivisi non debba essere vanificato ma, al contrario, aggiornato e riproposto sulla base dell'approvazione a livello nazionale del **"Manuale RAO per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"** redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e approvato nel 2020, e ancor più, in riferimento alla recente approvazione della **DGR n. 1562 del 06 dicembre 2022 "Adozione del modello "Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)"**

L'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), tra il 2015 e il 2019, nell'ambito di due progetti di Ricerca Autofinanziata, ha coordinato il coinvolgimento di rappresentanti di società medico scientifiche (85 società), di istituzioni centrali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità), di rappresentanti di tutte le Regioni e Province Autonome e di Cittadinanzattiva, al fine di individuare le "parole chiave" utili per una omogenea applicazione delle indicazioni cliniche per l'accesso con priorità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

B.2 DOCUMENTI NAZIONALI: NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Il Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche approvato nel 2017 prevede per alcune prestazioni criteri di appropriatezza e di erogabilità. Si ritiene indispensabile un percorso formativo a riguardo (a carico delle Aziende Sanitarie) che coinvolga Medici di Medicina Generale, Specialisti ospedalieri e territoriali al fine di condividere tali criteri e offrire anche all'utenza messaggi univoci in ordine alla possibilità di fruire di determinati percorsi diagnostici in ambito SSN.

A tal proposito inoltre si ritiene che l'Ordine dei medici debba farsi carico di informare anche gli specialisti che operano sul territorio in regime privatistico affinché siano a conoscenza di tali criteri e della prescrivibilità o meno in regime SSN di esami (da parte dei MMG a cui si rivolgono i pazienti per effettuare gli accertamenti) suggeriti dagli specialisti stessi. La richiesta dello specialista deve altresì riportare una chiara ipotesi diagnostica (motivo della prescrizione) e indicare anche la relativa priorità sulla base del sospetto clinico (protocollo RAO).

B.3 PROTOCOLLI PER LA PREPARAZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI E NON

E' indispensabile che le Aziende Sanitarie e gli erogatori privati accreditati concordino identiche modalità di accesso e preparazioni agli esami complessi in ambito provinciale (in particolare a quelli con mezzo di contrasto e con riferimento anche a chi compete la compilazione e la firma del consenso informato). Inoltre le informazioni devono essere disponibili in rete e facilmente reperibili sia da parte degli utenti che dei medici prescrittori.

B.4 CONSENSI INFORMATI

Sono in progressivo aumento le richieste di compilazione di moduli per il consenso informato richiesti non solo per gli esami con m.d.c. (la cui modulistica è ancora diversa da struttura a struttura) ma anche per l'asportazione di neoformazioni cutanee, agoaspirati, cicloergometro e addirittura minicurva da carico di glucosio in gravidanza (OC Magalini Villafranca)

Per l'effettuazione di esami di secondo livello tipo PET e scintigrafia miocardica, viene spesso richiesta la compilazione del consenso al MMG che mai prescrive direttamente questi esami. Si presenta inoltre una ulteriore difficoltà prescrittiva legata al CVP in quanto viene richiesta una impegnativa unica con più esami con vari codici nella stessa ricetta, a volte diversi da struttura a struttura (AOUIVr rispetto a Negrar); lo stesso vale per la scintigrafia miocardica. Sarebbe pertanto auspicabile anche in questo caso un chiarimento sui compiti di ogni figura professionale nella produzione e compilazione di questi atti burocratici.

B.5 PIANI TERAPEUTICI

Rappresentano una fonte di contrasti e di confusione interpretativa. Si fa riferimento in particolare ai NAO e al Diabete. Per il piano terapeutico "NAO", il MMG può rinnovare esclusivamente i piani riguardanti la patologia FANV (fibrillazione atriale non valvolare). Per tutte le altre patologie tromboemboligene il piano deve essere rinnovato dallo specialista cardiologo, internista, neurologo, ma spesso le segreterie e/o gli stesi colleghi inviano il paziente al MMG per il rinnovo.

Nuovi farmaci antidiabetici: per alcuni l'obbligo del piano è stato superato con l'introduzione della nota 100, ma per altri permane la necessità di redazione. Come ad ex. per Forxiga, che, se utilizzato nello scompenso cardiaco, non rientra nella nota 100 e necessita di PT redatto dal Cardiologo e non dal diabetologo.

C. RIORGANIZZAZIONE DEL CUP E ACCESSO ALLA PRENOTABILITA' DA PARTE DEI MMG E DEI CITTADINI

Dopo anni di grandi difficoltà e di frammentazione dei sistemi e delle modalità di prenotazione in ambito provinciale è indispensabile un salto di qualità e un adeguamento ai reali bisogni della popolazione. Il sistema di prenotazione delle visite e prestazioni specialistiche deve consentire ai cittadini di verificare la disponibilità su tutto l'ambito provinciale con un'unica richiesta, evitando le lunghe attese al telefono che oggi caratterizzano le modalità di accesso e di risposta. Inoltre deve essere possibile una verifica delle disponibilità anche via web, sempre su tutto l'ambito provinciale, superando le disparità e le differenze attualmente ancora purtroppo presenti.

Inoltre, i diversificati percorsi di prenotazione che devono essere previsti a seconda della tipologia delle visite e degli accertamenti richiesti (prime visite/accertamenti e visite/accertamenti di controllo) e la necessità che siano i servizi specialistici aziendali a farsi carico della prenotazione dei controlli, richiedono precisi e incrementati investimenti in questo settore che altrimenti continuerà a rendere un servizio di basso livello con grande insoddisfazione da parte dell'utenza. Investimenti indirizzati a rendere adeguati i servizi a:

- gestire la prenotabilità dei controlli e degli approfondimenti (anche su canali dedicati per particolari categorie di pazienti),
- fornire adeguate informazioni per l'accesso alle strutture,
- trasmettere la modulistica necessaria alla preparazione degli esami,
- istruire l'utenza in merito alla documentazione e alle informazioni da presentare al momento della visita.

D. PERCORSI DI ACCESSO SPECIALISTICO PER PATOLOGIE CRONICHE O GRAVI TRAMITE CONTATTO DIRETTO CON LA STRUTTURA EROGATRICE

A tale proposito si ritiene indispensabile che siano attivati (dove non già presenti) canali di comunicazione/prenotazione diretta con i servizi per quei pazienti che, affetti da patologie croniche o gravi o rare, necessitano di essere seguiti dagli stessi presidi, evitando il ricorso al CUP che andrebbe utilizzato prevalentemente per la prime visite e i primi accertamenti.

E. LIBERA PROFESSIONE

Il paziente che si rivolge ad un libero professionista deve aver ben chiaro che questi non può prescrivere indagini o farmaci a carico del SSN. Anche lo specialista ospedaliero che visita in regime di libera professione intramoenia, per norma, non può servirsi del ricettario regionale (norma da sempre contestata dall'Ordine). Qualora il paziente decidesse di proseguire le indagini diagnostiche e/o le prescrizioni terapeutiche in regime di libera professione il medico scelto diventerà il medico curante a tutti gli effetti assumendosi la responsabilità delle cure del paziente. E' buon a norma segnalare al MMG la decisione del paziente e l'iter diagnostico/terapeutico intrapreso.

Se invece il paziente decidesse di rientrare nel SSN, le richieste, le indagini e le prescrizioni terapeutiche diventano dei consigli dello specialista libero professionista al MMG cui spetta come medico curante la decisione e la eventuale prescrizione, secondo i criteri di concedibilità e di appropriatezza previsti dalla normativa regionale che devono essere a conoscenza anche dello specialista che compila il referto/proposta.

(1) Deliberazione della Giunta della Regione Veneto n. 1562 del 06 dicembre 2022

.....“**La prima visita specialistica/prestazione** è quella che rappresenta il primo accesso dell'assistito al Sistema Sanitario Regionale relativamente ad un problema di salute che viene clinicamente affrontato per la prima volta. Alla luce di questo, con l'introduzione del nuovo sistema di assegnazione dei tempi di attesa definito con le tabelle RAO, tutti i codici con radice NTR 89.7_ (Prima Visita) non possono più essere associati a qualsiasi altra prestazione di specialistica ambulatoriale. Lo stesso dicasi per i codici 89.13_ (Prima Visita Neurologica/Neurochirurgica), 89.26.1_ (Prima Visita Ginecologica), 89.26.3_ (Prima Visita Ostetrica), 89.8B.2_ (Prima Visita Chirurgica Maxillo Facciale), 89.8B.6_ (Prima Visita Odontostomatologica) 94.19.1_ (Prima Visita Psichiatrica), 95.02_ (Prima Visita Oculistica). Nel caso di un paziente cronico, esente per patologia, come esplicitato dalla Circolare Ministeriale n. 13 del 13 dicembre 2001, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale necessari per valutare un nuovo problema clinico, non correlato alla patologia di esenzione; la riacutizzazione della patologia cronica che necessita di tempestiva rivalutazione, pur essendo una visita successiva alla prima prescritta con codici aventi radice NTR 89.01_ (Visita di Controllo/Follow up) è da trattare amministrativamente come “controllo”, dovrà essere organizzativamente gestita come una prima visita con inserimento negli spazi delle agende prioritarizzate al fine di offrire tempi appropriati.

La visita di controllo, o di follow up, è quella successiva ad 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. Sono altresì da considerarsi visite e prestazioni di controllo sia quelle di approfondimento per pazienti “presi in carico” dallo specialista, quindi successive al primo accesso, comprese le prestazioni di secondo e terzo livello rese a pazienti ai quali è già stato fatto un primo inquadramento diagnostico, sia tutte quelle prescritte in ricetta con l'indicazione del codice di esenzione per patologia, di cui al DM 329/99, volte a valutare, a distanza, l'eventuale insorgenza di complicanze che restano in capo alla struttura richiedente. La prenotazione di visite e prestazioni di controllo deve essere obbligatoriamente programmata al momento della conclusione della visita da parte dello specialista che attiva la presa in carico del paziente secondo la organizzazione aziendale. La relativa prescrizione deve essere effettuata dallo stesso specialista se autorizzato all'uso del ricettario o, quando non autorizzato, demandata al MMG/PLS del paziente. Questo sistema di gestione delle prestazioni di controllo va adottato da tutti gli erogatori e rientra nella logica della presa in carico del paziente. A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva “presa in carico” del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile). Quindi, per le attività legate alla presa in carico e ai controlli e follow up, devono essere istituite apposite Agende dedicate alle prestazioni, intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente come indicato nella DGR n. 863/2011. Le Aziende dovranno farsi carico di garantire la prenotazione e la conseguente tempestiva erogazione anche ai controlli imprevisti dovuti a riacutizzazione di patologie croniche. La prenotazione andrà fatta nel rispetto della tempistica indicata in ricetta dal medico prescrivente e dal punto di vista amministrativo tali visite e/o prestazioni saranno considerate di controllo. Va sottolineato che la corretta prescrizione di prime visite e prime prestazioni diagnostico/terapeutiche richiede obbligatoriamente l'indicazione della classe di priorità assegnata e della diagnosi/sospetto diagnostico prevalente esplicitato. Quesiti diagnostici non corretti (es., accertamenti) rendono nulla la classe di priorità, derubricando la prima visita/accesso in prestazione di controllo. Infatti la diagnosi/sospetto diagnostico è presupposto fondamentale per l'informazione allo specialista, ma anche per il governo delle liste d'attesa, per l'erogazione appropriata delle prestazioni e per consentire i controlli sanitari di appropriatezza previsti dai provvedimenti regionali di cui, da ultimo, alla DGR n. 3444 del 30/12/2010. Le visite o le altre prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero per acuti programmato devono essere eseguite dalla struttura che ha programmato il ricovero stesso, e come indicato dalla legge n. 662 del 1996 (art.1, comma 18),

appartengono all'area dell'assistenza ospedaliera. Fanno altresì parte dell'episodio di ricovero per acuti le prestazioni eseguite dopo la dimissione del paziente, ma necessarie al completamento dell'iter diagnostico/terapeutico, in quanto ritenute indispensabili per la diagnosi finale o per il completamento della cura intrapresa, indicate nella lettera/relazione di dimissione ed eseguite nell'ambulatorio della struttura dimettente, di norma entro 30 gg dalla dimissione. Per tali prestazioni non è dovuta alcuna partecipazione da parte dell'assistito in quanto il relativo corrispettivo è incluso nella tariffa del DRG. La validità temporale della ricetta del SSN è tuttora regolamentata dall'art. 35, comma 1 L. 449 del 27 dicembre 1997, 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, anche se l'appuntamento fosse fissato oltre il termine assegnato. 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. La priorità della prestazione è invece dettata dalla prescrizione, secondo le distinzioni contenute nel Piano Nazionale Liste di Attesa e nei RAO; ciò nonostante se la prestazione non viene prenotata entro i tempi previsti, perché il cittadino non la utilizza in tempo utile, il codice di priorità decade. In questo caso, per il calcolo della data di scadenza della priorità, farà fede la data di rilascio da parte del prescrittore: passato tale periodo l'utente è tenuto a ritornare dal proprio medico curante per una eventuale rivalutazione clinica. Le eventuali modifiche delle condizioni di erogabilità da parte delle Regioni nel proprio territorio, anche se, in generale, rappresentano uno strumento di miglioramento dell'appropriatezza, non possono in alcun modo costituire una restrizione del diritto del cittadino a ricevere la prestazione rispetto a quanto previsto dalla normativa a livello nazionale. Ciò vale soprattutto nel caso di prestazioni erogate a cittadini residenti fuori Regione, che di regola non possono accedere ai percorsi regionali organizzati che compensano le eventuali condizioni di erogabilità più stringenti rispetto a quelle nazionali. Nello specifico se per una determinata prestazione la Regione del Veneto ha stabilito condizioni di erogabilità più stringenti, ma ha contemporaneamente definito un percorso diagnostico terapeutico che facilita l'erogazione appropriata di quella prestazione, deve comunque garantire l'accesso alla stessa prestazione, al di fuori dei percorsi organizzati, ai cittadini residenti fuori Regione secondo le condizioni di erogabilità previste dal livello nazionale. Come già stabilito dalla DGR n. 1164 del 06 agosto 2019, resta valido lo strumento delle liste di galleggiamento (cui si fa riferimento nella DGR del 12 marzo 2013, n. 320 con il termine pre-appuntamento che coincide con il concetto di pre lista del PNGLA). I tempi di galleggiamento vengono così ribaditi: • 48 h lavorative per le prestazioni con classe di priorità B; • 4 giorni lavorativi per le prestazioni con classe di priorità D o P. I succitati termini decorrono dal momento del primo contatto dell'utente con la struttura sanitaria attraverso qualsiasi canale e tale data dovrà essere registrata a sistema e comunque sempre tracciata e comunicata all'utente in forma scritta. Si ricorda che se l'utente, una volta contattato, dovesse rifiutare l'appuntamento proposto (a meno che non si tratti di validi motivi), perde il diritto alla priorità. Inoltre, poiché la maggior parte delle prestazioni "controllo" sono legate ad una presa in carico da parte dello specialista, non dovrebbero essere presenti nel sistema dei "galleggiamenti", pertanto, ai fini di rendicontazione/controllo da parte della Regione, verranno prese in considerazione solo le prime visite/accessi, ossia le prescrizioni prioritarizzate."

Firme per accettazione :

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI VR.



AOUI

ULSS 9

IL TERRITORIO

LA DIPENDENZA

OSPEDALE ACCREDITATO NEGRAR

OSPEDALE ACCREDITATO PESCHIERA

