

I tempi d'attesa per visite prestazioni e ricoveri nella Regione Marche

Laboratorio welfare CISL e FNP Marche

Riferimenti normativi

Intesa tra Governo e Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-21 (21 febbraio 2019)

DGR 380 del 1 aprile 2019 – Attivazione percorsi di tutela per il cittadino

DGR 462 del 16 aprile 2019 – Recepimento PNGLA e nuovo Piano regionale per il Governo delle Liste di Attesa

DGR 703 del 13 giugno 2019 – Percorsi di tutela e sanzioni ai cittadini per mancata disdetta dell'appuntamento

DGR 779 del 24 giugno 2019 – Modifica delle DGR 380, 462 e 703 del 2019

DGR 1361 del 7 novembre 2019 – Avvio del percorso di governo dei tempi di attesa per prestazioni non ricomprese nel PNGLA, trasparenza prenotazione, modifiche ai percorsi di tutela per il cittadino

Per quali prestazioni vigono tempi massimi di attesa?

I tempi massimi di attesa sono fissati solo per alcune tipologie di prestazioni sanitarie.

Relativamente alle **prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale**, i tempi massimi si applicano a 69 prestazioni elencate nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-21 (di seguito PNGLA).

Trattasi di 14 visite specialistiche, 36 prestazioni di diagnostica per immagini e 19 altre prestazioni di diagnostica strumentale.

Per il dettaglio delle prestazioni vedi l'ALLEGATO N. 1.

In realtà le prestazioni monitorate sono di più! A causa della mancata corrispondenza tra i Cataloghi regionale e nazionale delle prestazioni, quelle effettivamente monitorate sono circa 170 (su un catalogo regionale di circa 1.400 prestazioni) .

Per quanto riguarda i tempi massimi delle le **prestazioni diverse da quelle soggette a monitoraggio** e dei **RICOVERI** vedi le slides n. n. 13 e 14.

Quali sono i tempi massimi di attesa?

Alle 69 prestazioni di cui prima, si applicano i seguenti tempi massimi di attesa, diversificati secondo le seguenti classi di priorità:

- (U) Urgente: entro 72 ore;
- (B) Breve: entro 10 giorni;
- (D) Differibile: entro 30 giorni per le visite, / 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- (P) Programmata: entro 180 giorni (120 a partire dal 1 gennaio 2020).

Attenzione! Questi tempi massimi, che le Aziende hanno obbligo di garantire al 90% dei richiedenti, si applicano alle 69 prestazioni di cui sopra **solo nel caso in cui siano prestazioni di prima visita, primo esame o primo accertamento.**

Non si applicano invece alle prestazioni per "accesso successivo", per le quali è prevista una differente procedura (v. slide n 10).

La corretta compilazione della ricetta medica

La prima azione da garantire per il rispetto dei tempi di attesa è quindi la corretta prescrizione della ricetta da parte del proprio Medico di MG.

Per "corretta" si intende una ricetta che indica in modo specifico sia la **tipologia di accesso** (primo accesso o accesso successivo) sia l'indicazione della **classe di priorità**.

Il Medico di medicina generale (o Pediatra di libera scelta) è **obbligato** ad attribuire una classe di priorità alla prestazione, a prescindere dal fatto che la ricetta sia cartacea o elettronica.

Attenzione: se la ricetta non è compilata correttamente **non è possibile esigere il rispetto dei tempi di attesa** di cui sopra!

Ricapitolando...

Per esigere il rispetto dei tempi di attesa, la prestazione deve presentare **queste tre caratteristiche**:

- essere una prestazione elencata tra le 69 **(in realtà 170)** previste dal PNGLA;
- essere una prestazione di primo accesso al sistema;
- essere "barrata" con una classe di priorità B, D o P (le Urgenze andranno comunque garantite in base a percorsi separati)

Cosa succede se una prestazione con queste caratteristiche non viene erogata nei tempi massimi previsti sopra?

In primo luogo bisogna delimitare **l'ambito territoriale di riferimento** nel quale il Sistema CUP ha l'obbligo di garantire l'erogazione della prestazione nei tempi massimi visti prima.

Tale obbligo sussiste **all'interno del Distretto sanitario di residenza del richiedente, o di un Distretto limitrofo.**

L'utente può richiedere espressamente di effettuare la prestazione anche in un Distretto diverso da quello di residenza o da quelli limitrofi.

Cosa succede se una prestazione con queste caratteristiche non viene erogata nei tempi massimi previsti sopra?

Nel caso in cui il Sistema CUP non sia in grado di garantire la prestazione in una struttura pubblica nel tempo massimo e nel bacino d'utenza, **gli operatori di back office del CUP vanno a "visionare" le agende di prenotazione delle strutture private accreditate con le quali l'ASUR ha stipulato accordi di fornitura.**

Nel caso in cui, neppure in queste strutture sia possibile rispondere alla richiesta, l'utente viene inserito in una **Lista di garanzia.**

COSA SIGNIFICA? Un apposito team regionale si attiva per trovare una risposta in tempo utile nel bacino territoriale di riferimento.

ATTENZIONE! Le liste di garanzia sono GIA' entrate in vigore per tutte e tre le tipologie di prestazioni (B, D e P)

Entro quanto tempo, dall'inserimento nella Lista, l'utente deve essere contattato?

- prestazioni in Classe B: 5 giorni;
- prestazioni in classe D: 15 giorni;
- **prestazioni in classe P: 20 giorni.**

(in ogni caso all'utente va garantito un congruo preavviso per l'esecuzione della prestazione)

Attenzione 1: dopo 3 tentativi di contatto telefonico senza risposta o riscontro da parte dell'utente, questi viene rimosso dalla Lista!

Attenzione 2: se l'utente rifiuta la disponibilità offerta, l'ASUR non è più tenuta a garantire la visita/prestazione nei tempi previsti

Obbligatorietà della disdetta

Nel caso in cui l'utente intenda disdire una prestazione prenotata, è obbligato a farlo **entro 2 giorni lavorativi** precedenti quello in cui la prestazione deve essere eseguita.

Nel caso in cui la disdetta non venga effettuata (salvo adeguata giustificazione) **si applica una sanzione** (cosiddetto «malus») pari alla tariffa della prestazione presente nel nomenclatore regionale della specialistica ambulatoriale.

Attenzione! La sanzione si applica anche in caso di **utenti esenti** per reddito, età, patologia e invalidità.

Le sanzioni sono operative **a partire dal 30 agosto 2018**

Come prenotare o disdire le prestazioni sanitarie?

La Regione Marche ha sviluppato alcune modalità per agevolare la prenotazione o la disdetta, che possono essere entrambe effettuate attraverso:

- numero verde gratuito CUP (800.098.798);
- sportelli CUP
- farmacie e laboratori analisi aderenti
- sito www.MyCupMarche.it
- app per smartphone e tablet: "MyCupMarche"

Attenzione: per prenotare la prestazione attraverso il sito o l'APP è necessario dotarsi di credenziali certificate attraverso i sistemi SPID (nazionale) o COHESION (regionale)

Cosa succede se la prestazione non è di "primo accesso" ma di "accesso successivo"?

Per "accesso successivo" si intendono le prestazioni erogate ai pazienti **per i quali è già stata formulata una diagnosi iniziale (compresi screening e controlli).**

Tutte le visite specialistiche e le prestazioni strumentali di questo tipo, purché comprese nelle 69 di cui sopra, **vanno gestite direttamente dal Medico Specialista della struttura** in cui è stata effettuata la prima visita.

Sarà quest'ultimo a **procedere direttamente alla prenotazione** dell'appuntamento tramite il CUP regionale, senza rimandare l'utente al proprio Medico di famiglia o Pediatra di libera scelta (cosiddetta "presa in carico" del paziente).

La revisione degli spazi ambulatoriali di prenotazione dedicati ai controlli ha lo scopo di introdurre uno standard massimo di erogazione di queste prestazioni di 12 mesi, salvo diversa indicazione medica.

ATTENZIONE: attualmente tale standard NON è vincolante!

Cosa succede per le prestazioni diverse da quelle soggette a monitoraggio?

I percorsi di tutela oggi **non si applicano** alle prestazioni diverse da quelle soggette a monitoraggio (v. slides n. 3)

Molte di queste prestazioni hanno però un **significativo impatto sociale** sui percorsi clinici dei cittadini.

Per questo la Regione ha avviato un percorso **per estendere le procedure di monitoraggio e i percorsi di tutela descritti prima anche ad ALTRE prestazioni. QUALI?**

Le prestazioni saranno individuate entro la fine di dicembre dai Comitati di partecipazione aziendali dell'ASUR e delle altre Aziende ospedaliere, **scegliendole tra quelle che registrano dati significativi di fuga extraregionale e di tempistiche particolarmente critiche.**

Entro 3 mesi dalla loro individuazione **si provvederà ad attivare specifiche agende di prenotazione** (con le classi di priorità B, D e P) anche per queste prestazioni.

Ci sono tempi massimi di attesa anche per i ricoveri?

Il PNGLA 2019-21 fissa tempi massimi di attesa anche per le prestazioni di ricovero programmate. I tempi massimi **si applicano a 17 prestazioni** sottoposte a monitoraggio (v. ALLEGATO 2).

Anche in questo caso **i tempi massimi dipendono dalla classe di priorità** attribuita al ricovero. Il PNGLA prevede 4 classi:

- classe A: ricovero entro 30 giorni;
- classe B: ricovero entro 60 giorni;
- classe C: ricovero entro 180 giorni;
- classe D: ricovero entro 12 mesi;

Tali termini decorrono dal giorno in cui lo specialista conferma la necessità di ricovero e provvede all'inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione, assegnando la relativa classe di priorità.

La liste d'attesa viene gestita con procedura informatizzata e ciascun paziente può richiedere alla Direzione Sanitaria o Medica Ospedaliera di prendere visione della sua posizione.