

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1191 del 26 luglio 2016

**Registro "unico" dei ricoveri ospedalieri e Registro "unico" delle liste operatorie nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto: disposizioni applicative.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:

Con questo provvedimento si intende porre l'attenzione sulle principali azioni da realizzare al fine di implementare un sempre maggior controllo della trasparenza nel governo delle liste di attesa dei pazienti in attesa di un intervento chirurgico nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La Legge n. 724 del 23 dicembre 1994 all'Articolo 3, comma 8 cita: "[...] Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, le Unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri".

La Regione del Veneto, con i provvedimenti di seguito elencati, in attuazione delle prescrizioni di cui al D.Lgs. n. 124 del 29 aprile 1998 e dei Piani Nazionali di Governo delle Liste d'Attesa (da ultimo il PNGLA 2010-2012), ha individuato e posto in essere azioni volte a rendere operativo il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni.

La D.G.R. n. 600 del 13 marzo 2007 dà piena attuazione al PNGLA 2006-2008, strutturando un programma di governo delle liste di attesa dettagliato ed operativo, volto a favorire una corretta applicazione a livello di ogni singola Azienda di tutte le azioni implicate, tra le quali il governo dell'offerta ospedaliera.

Il successivo PNGLA 2010-2012, di cui all'intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 rep. n. 189/CSR, prevede di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizza non solo con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, ma anche con il rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

La D.G.R. n. 863 del 21 giugno 2011, nel recepire il PNGLA 2010-2012, introduce elementi di novità, ribadisce alcuni principi, puntualizza alcune azioni ed armonizza una serie di processi che interagiscono con il governo delle liste di attesa.

Entrambe le menzionate Delibere prevedono la distinzione dei momenti chiave nella gestione delle liste di attesa: 1) informazione e comunicazione; 2) domanda; 3) offerta. Più in dettaglio, al fine di governare la domanda di prestazioni di ricovero garantendo un ricorso appropriato alle stesse, la Regione del Veneto ha:

- adottato *anche per le prestazioni di ricovero* (ricoveri "programmabili") l'utilizzo delle "classi di priorità" individuate dall'Accordo Stato-Regioni approvato l'11 luglio 2002: "A" (da effettuarsi entro 30 giorni), "B" (da effettuarsi entro 60 giorni), "C" (da effettuarsi entro 180 giorni), "D" (da effettuarsi entro 360 giorni);
- disposto l'inserimento delle informazioni "data di prenotazione" e "classe di priorità" nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), informazioni successivamente divenute "campi obbligatori" ai fini della corretta chiusura della SDO;
- sancito il recepimento e la conseguente messa in atto da parte delle Aziende ULSS, Ospedaliere e IOV (di seguito denominate semplicemente "Aziende"), di tutti gli adempimenti previsti dalle "Linee guida per i registri di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" elaborate dall'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (A.R.S.S.) nell'ambito del Progetto Mattone "Tempi di Attesa".

La citata D.G.R. n. 863 del 21 giugno 2011, ribadisce inoltre:

- il divieto di sospensione delle prenotazioni delle prestazioni (c.d. fenomeno delle "agende chiuse") ai sensi dell'art. 1, comma 282 L. 23.12.2005, n. 266;

- l'obbligo della tenuta del registro dei ricoveri ospedalieri, comprensivo delle prestazioni di ricovero riconducibili al regime ambulatoriale.

A proseguimento delle succitate azioni, si è provveduto:

- con D.G.R. n. 4277 del 29 dicembre 2009, a ridefinire i valori percentuali/soglie di ammissibilità di n. 106 drg, da considerarsi "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria, nonché di n. 7 drg da considerare parimenti "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza diurna;
- con D.G.R. n. 3140 del 14 dicembre 2010, successivamente integrata con D.G.R. n. 2369 del 29 dicembre 2011, a determinare gli obiettivi per gli anni 2011 e 2012 per le Aziende ULSS, Ospedaliere e IOV della Regione Veneto, includendo tra gli altri anche l'obiettivo "B.5: Informatizzazione delle liste di attesa per interventi chirurgici e applicazione di uno specifico software, a scelta aziendale, di tracciabilità dell'intero percorso documentale e amministrativo degli interventi chirurgici programmati";
- con D.G.R. n. 2715 del 24 dicembre 2012, ad aggiornare le linee guida per la compilazione della SDO nell'ambito del sistema dei controlli di appropriatezza delle procedure, la cui efficacia/efficienza è correlata a modalità uniformi e trasparenti di codifica delle procedure stesse.

La D.G.R. n. 320 del 12 marzo 2013, nell'ambito delle strategie di contenimento dei tempi di attesa, ha successivamente esplicitato i punti principali in merito alle regole e modalità operative di governo delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero. La citata D.G.R. n. 320 del 12 marzo 2013 prevede pertanto la piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative ponendo quali indicatori i seguenti valori soglia espressi in percentuali di prestazioni di ricovero erogate nei tempi di attesa previsti dalla D.G.R. n. 863 del 21 giugno 2011 (fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che richiedono attese inferiori):

- pazienti codificati come classe A - valore soglia 100%
- pazienti codificati come classe B - valore soglia 90%
- pazienti codificati come classe C - valore soglia 90%
- pazienti codificati come classe D - valore soglia 90%

Il quadro normativo finora delineato ha quindi contestualizzato, tra gli altri, l'obbligo di adozione - a livello Aziendale - del registro informatizzato dei ricoveri e del registro informatizzato delle liste operatorie, a garanzia di trasparenza informativa della filiera *che inizia con il primo contatto dell'Utente con la struttura e termina con la dimissione di quest'ultimo*. Peraltro è stato ampiamente ribadito come l'offerta delle Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto - per le prestazioni di alta e media complessità - concorre, oltre che per gli assistiti dell'Azienda territoriale di riferimento, anche per gli assistiti delle Aziende ULSS provinciali o dell'intera Regione.

#### Organi di monitoraggio/controllo Aziendali

In merito all'individuazione delle funzioni di monitoraggio/controllo delle precitate azioni, nonché delle relative attribuzioni di responsabilità, appare utile ricordare che la già citata D.G.R. n. 320 del 12 marzo 2013, istituisce tra l'altro in ciascuna Azienda il "Tavolo di Monitoraggio Aziendale" (di seguito denominato semplicemente "TMA"), finalizzato alla valutazione dei risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa, al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei percorsi assistenziali (tale organo sostituisce di fatto un precedente "Tavolo di monitoraggio per l'attuazione della D.G.R. n. 600/2007"). Il TMA, presieduto dal Direttore Sanitario, è nominato dal Direttore Generale ed è composto da:

- Direttore Medico di Ospedale;
- Coordinatore dei Direttori di Distretto;
- Coordinatore dei Processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Rappresentanti degli specialisti dipendenti, degli Specialisti Ambulatoriali Interni, dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera scelta;
- Rappresentanti di Associazioni degli Utenti/Cittadini.

Appare inoltre opportuno, in questo contesto, richiamare la normativa inerente il sistema regionale dei controlli dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie prodotte dalle Aziende pubbliche, dagli erogatori privati accreditati e dagli erogatori equiparati che insistono sul territorio della Regione Veneto, oltre che sulla mobilità interregionale, ai sensi dell' art. 8-octies del D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i. Tale attività viene svolta per il tramite degli organismi preposti al sistema dei controlli dell'attività sanitaria previsti dalla D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010, che ha definito l'assetto organizzativo e la metodologia dei controlli dei ricoveri ospedalieri e della specialistica ambulatoriale.

Alla luce di quanto riportato nei precedenti Provvedimenti, gli *Organi Aziendali* preposti alle funzioni di monitoraggio/controllo della gestione del Registro dei ricoveri ospedalieri e del Registro delle liste operatorie sono i seguenti:

- *Nucleo Aziendale di Controllo* (di seguito denominato semplicemente "NAC"): il NAC, già istituito con D.G.R. n. 2609 del 7 agosto 2007, è affidato alla responsabilità di un Dirigente Medico e rappresenta l'organo locale del sistema dei controlli delle prestazioni sanitarie sia per l'assistenza ospedaliera che per la specialistica ambulatoriale; ha, tra le altre, anche la funzione di "verificare la gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo le priorità assegnate".
- *Tavolo di Monitoraggio Aziendale*, che assolve alle seguenti funzioni:

. valutano i risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa, al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei percorsi assistenziali;

. suggeriscono, a livello aziendale, le modalità di formazione/informazione da porre in essere da parte di tutti i soggetti prescrittivi al fine di garantire, in ambito aziendale, una effettiva omogeneità prescrittiva;

. propongono provvedimenti amministrativi, anche con ricaduta economica, quale la sospensione del ricettario, da applicare ai professionisti, sia in caso di mancata adesione ai percorsi assistenziali, sia in evidenza di ripetuta prescrizione e/o erogazione di prestazioni non appropriate.

### Registro "Unico" dei ricoveri ospedalieri e Registro "Unico" delle liste operatorie: nuove disposizioni

Tutto ciò premesso, al fine di pervenire a un sempre maggiormente accurato controllo della trasparenza nel governo delle liste di attesa dei Pazienti in attesa di intervento chirurgico nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, si ritiene di fondamentale importanza ribadire e rinforzare quanto evidenziato in materia dalla normativa nazionale e regionale che si è succeduta nel tempo.

#### Principi generali

Si propone allo stato attuale, pertanto, di precisare ulteriormente, come di seguito indicato, prerogative, competenze e responsabilità in materia di gestione del Registro unico dei ricoveri ospedalieri e del Registro unico delle liste operatorie:

- coerentemente con quanto già attuato per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale, si ribadisce l'obbligo di gestione e conservazione del Registro dei ricoveri ospedalieri e del Registro delle liste operatorie;
- il Registro dei ricoveri ospedalieri deve essere *unico e informatizzato a livello Aziendale*;
- il Registro delle liste operatorie deve essere *unico e informatizzato a livello Aziendale*;
- le Aziende sono tenute a trasmettere periodicamente i due Registri al Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente (d'ora in poi denominato per brevità "Coordinamento"), nel formato, nelle modalità e nei tempi che saranno indicati in un Provvedimento successivo;
- la responsabilità della gestione e conservazione dei due Registri, nonché del rispetto delle relative procedure, ricade in capo al Direttore della Funzione Ospedaliera o, laddove non sia presente la figura, al Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, e nel caso di duplicità di ruolo all'interno dell'Azienda, a uno tra i Direttori Medici di Presidio designato dal Direttore Generale.

#### Funzioni del Responsabile dei Registri

Il Responsabile dei Registri ha i seguenti compiti:

- garantire la corretta applicazione della normativa di riferimento;
- controllare la qualità dei dati contenuti nei due Registri, con particolare riferimento a:
  - ◆ appropriatezza delle classi di priorità assegnate ai Pazienti in relazione al tipo di ricovero/intervento, al tipo di accesso al Sistema Sanitario Regionale;
  - ◆ corretta applicazione dei percorsi assistenziali, ivi compresi i PDTA;
  - ◆ rispetto e trasparenza dei tempi di effettiva erogazione degli interventi chirurgici;
- formalizzare una procedura generale per la gestione dei due Registri, comprensiva di espliciti criteri per la definizione delle priorità di accesso, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito;
- assicurare attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato dei due Registri; tale attività di vigilanza riguarda, inoltre, le modalità operative in ordine alla gestione quotidiana, all'inserimento dei dati, alla conservazione, alla tutela di accesso e riservatezza.

#### Funzioni di vigilanza e monitoraggio

*A livello Aziendale:*

Il NAC, nell'ambito della materia in oggetto, ha i seguenti compiti:

- vigilare sull'attività del Responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta gestione e conservazione;
- verificare il rispetto dei principi di equità, trasparenza e efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso;
- trasmettere al TMA le eventuali criticità riscontrate.

Il TMA è deputato allo svolgimento delle seguenti attività:

- valutare i risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa;
- proporre a livello aziendale le soluzioni idonee finalizzate di volta in volta a sanare le eventuali criticità riscontrate dai NAC;
- mettere in atto tutte le azioni finalizzate ad impattare sull'offerta e migliorare le relative performance aziendali.

*A livello Regionale:*

Il Coordinamento assicura le seguenti funzioni:

- fornire al NAC eventuali indicazioni e strumenti per il governo delle funzioni di controllo dei registri unici informatizzati;
- proporre al TMA la messa in atto delle azioni di miglioramento da intraprendere laddove siano riscontrate criticità;
- supportare le funzioni di monitoraggio Aziendali, producendo e trasmettendo periodicamente all'Azienda elaborazioni finalizzate al monitoraggio dei tempi di attesa per intervento chirurgico e alla rilevazione di eventuali criticità;
- trasmettere periodicamente una relazione di sintesi alla Direzione Programmazione Sanitaria in merito al governo dei tempi di attesa per interventi chirurgici.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO l'articolo 3 della Legge n. 724 del 23 dicembre 1994;

VISTO il D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992;

VISTO il D.Lgs. n. 124 del 29 aprile 1998;

VISTA l'Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n. 189/CSR del 28 ottobre 2010;

VISTA la D.G.R. n. 600 del 13 marzo 2007;

VISTA la D.G.R. n. 2609 del 7 agosto 2007;

VISTA la D.G.R. n. 4277 del 29 dicembre 2009;

VISTA la D.G.R. n. 3140 del 14 dicembre 2010;

VISTA la D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010;

VISTA la D.G.R. n. 863 del 21 giugno 2011;

VISTA la D.G.R. n. 2369 del 29 dicembre 2011;

VISTA la D.G.R. n. 2715 del 24 dicembre 2012;

VISTA la D.G.R. n. 320 del 12 marzo 2013;

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di stabilire, in materia di gestione del Registro unico dei ricoveri ospedalieri e del Registro delle liste operatorie, che:
  - vi è l'obbligo di gestione e conservazione del Registro dei ricoveri ospedalieri e del Registro delle liste operatorie;
  - il Registro dei ricoveri ospedalieri deve essere unico ed informatizzato a livello Aziendale;
  - il Registro delle liste operatorie deve essere unico ed informatizzato a livello Aziendale;
  - le Aziende sono tenute a trasmettere periodicamente i due Registri al Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente;
  - la responsabilità della gestione e conservazione dei due Registri, nonché del rispetto delle relative procedure, ricade in capo al Direttore della Funzione Ospedaliera o, laddove non sia presente tale figura, al Direttore Medico di Presidio Ospedaliero e, nel caso di duplicità del ruolo all'interno dell'Azienda, a uno tra i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero designato dal Direttore Generale;
2. di affidare al Responsabile dei Registri le seguenti funzioni:
  - a. garantire la corretta applicazione della normativa di riferimento;
  - b. controllare la qualità dei dati contenuti nei due Registri, con particolare riferimento a:
    - appropriatezza delle classi di priorità assegnate ai Pazienti in relazione al tipo di ricovero/intervento, al tipo di accesso al Sistema Sanitario Regionale
    - corretta applicazione dei percorsi assistenziali, ivi compresi i PDTA
    - rispetto e trasparenza dei tempi di effettiva erogazione degli interventi chirurgici
  - c. formalizzare una procedura generale per la gestione dei due Registri, comprensiva di espliciti criteri per la definizione delle priorità di accesso, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito;
  - d. assicurare attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato dei due Registri; tale attività di vigilanza riguarda, inoltre, le modalità operative in ordine alla gestione quotidiana, all'inserimento dei dati, alla conservazione, alla tutela di accesso e riservatezza;
3. di stabilire che il Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) svolge le seguenti funzioni di vigilanza e monitoraggio:
  - a. vigilare sull'attività del Responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta gestione e conservazione;
  - b. verificare il rispetto dei principi di equità, trasparenza e efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso;
  - c. trasmettere al Tavolo di Monitoraggio Aziendale (TMA) le eventuali criticità riscontrate;
4. di stabilire che il Tavolo di Monitoraggio Aziendale (TMA) svolge le seguenti funzioni di vigilanza e monitoraggio:
  - a. valutare i risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa;
  - b. proporre a livello aziendale le soluzioni idonee finalizzate di volta in volta a sanare le eventuali criticità riscontrate dai NAC;
  - c. mettere in atto tutte le azioni finalizzate ad impattare sull'offerta e migliorare le relative performance aziendali

5. di affidare al Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente, le seguenti funzioni:
  - a. fornire al NAC eventuali indicazioni e strumenti per il governo delle funzioni di controllo dei registri unici informatizzati;
  - b. proporre al TMA la messa in atto delle azioni di miglioramento da intraprendere laddove siano riscontrate criticità;
  - c. supportare le funzioni di monitoraggio Aziendali, producendo e trasmettendo periodicamente all'Azienda elaborazioni finalizzate al monitoraggio dei tempi di attesa per intervento chirurgico e alla rilevazione di eventuali criticità;
  - d. trasmettere periodicamente una relazione di sintesi alla Direzione Programmazione Sanitaria in merito al governo dei tempi di attesa per interventi chirurgici;
6. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale;
7. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.