Criteria per la formazione delle liste d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Il criterio di accesso alle prestazioni ambulatoriali viene definito dalle modalità con le quali il prescrittore redige la ricetta.

Gli aspetti che vengono presi in considerazione per l'assegnazione dell'appuntamento in Azienda sono:

- Classe di priorità (U, B, D, P)
- Tipo di Accesso (urgente, primo accesso, controllo)
- Quesito diagnostico
- Metodiche
- Distretto anatomico

Al fine di garantire il rispetto di tali criteri, assegnati dal medico prescrittore, l'Azienda ha provveduto a:

- differenziare le agende per primi accessi rispetto a controlli/accertamenti di follow-up;
- differenziare le agende in base alle priorità assegnabili;
- differenziare per alcune specialità, le agende in base alla patologia trattata;
- differenziare le agende per gli esami di diagnostica strumentale in base alle necessità o meno dell'utilizzo del mezzo di contrasto.
-

Prestazioni ambulatoriali.

Le priorità che possono essere richieste per le prestazioni ambulatoriali sono:

- "U": entro le 72 ore dalla data di presentazione della richiesta, purché la presentazione allo sportello avvenga entro 48 ore dal rilascio della prescrizione;
- "B": entro 10 giorni dalla data di presentazione della richiesta;
- "D": entro 30 giorni dalla data di presentazione della richiesta per le prime visite; entro 60 giorni dalla data di presentazione della richiesta per le prestazioni strumentali (primi accertamenti)
- "P" o priorità non indicata, equivale a prestazioni programmabili, da erogarsi in un arco temporale maggiore (entro 120 giorni per i primi accessi o entro le tempistiche indicate sulla prescrizione dal medico richiedente per i controlli)

Percorsi di tutela attivati e adottati.

Per le **prestazioni di primo accesso** erogate dall'ASST di Melegnano e della Martesana, l'Azienda prevede un percorso di tutela finalizzato a garantire il rispetto dei tempi previsti dalla normativa per il cittadino che si presenta agli sportelli CUP dell'ASST o utilizza i canali da remoto messi a disposizione dal CUP dell'ASST (vedi sito aziendale).

Il percorso di tutela prevede i seguenti due Scenari:

- I. Se il CUP aziendale non trova nessuna disponibilità per la prestazione richiesta:
 1. Il cittadino può richiedere all'operatore CUP di essere inserito in una lista di **presa in carico della prenotazione** gestita direttamente dal Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa (RUA), come disposto dalla DGR n. XI/5747/2021.
 2. Il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, in collaborazione con il referente del Cup aziendale, si attiva per:
 - Fissare un appuntamento entro i tempi previsti dalla classe di priorità indicata nella prescrizione.
 - Individuare un'altra Struttura (pubblica o privata accreditata) dell'ambito di garanzia del cittadino (territorio di competenza dell'ATS Città Metropolitana di Milano) in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati.
 3. Il cittadino viene informato dell'appuntamento direttamente dall'ASST o tramite CCR.
- II. Se il CUP aziendale propone un appuntamento ma il cittadino ritiene che tale disponibilità non soddisfi la richiesta riportata nella ricetta:
 1. Il cittadino può rivolgersi all'**Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)** per attivare il percorso di tutela.
Per attivare il percorso di tutela, il cittadino dovrà presentare all'URP la seguente documentazione:

- ricetta medica;
 - tessera sanitaria;
 - eventuale attestato di esenzione dal ticket;
 - promemoria rilasciato dal CUP della ASST in cui si evidenzia il non rispetto della soglia dei tempi di attesa.
2. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico segnala la richiesta al Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa che, per le prestazioni di primo accesso erogate dall'ASST e non appartenenti a percorsi di cura che dovrebbero essere garantiti da altre Strutture, sarà in grado di supportare l'utente per rispettare i tempi di attesa, anche ricercando nell'ambito di garanzia (territorio di competenza dell'ATS Città Metropolitana di Milano) altre strutture, pubbliche o private accreditate, in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati dalla classe di priorità per i primi accessi (DGR n. X/7766 del 17.01.2018).

Qualora gli uffici preposti non siano riusciti a trovare né presso l'ASST né in altra struttura (pubblica o privata accreditata) dell'ambito di garanzia (ATS Città Metropolitana di Milano), l'ASST potrà erogare, su richiesta del paziente, la **prestazione in regime libero professionale**, facendosi carico dell'intera tariffa, con il solo pagamento del ticket da parte del paziente, quando dovuto. **Non sono previsti rimborsi a prestazione effettuata.**

Prestazioni di ricovero.

Le classi di priorità applicabili sono le seguenti:

- "Classe A": ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio;
- "Classe B": ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- "Classe C": ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- "Classe D": ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono, comunque, essere effettuati almeno entro 12 mesi.

I criteri di assegnazione della prenotazione, sia in ambito ambulatoriale che in ambito di ricovero, derivano direttamente dalla classe di priorità indicata dal Medico.