

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012*)

**Oggetto:** Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015

IL COMMISSARIO AD ACTA

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTO** il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modifiche ed integrazioni;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 523 del 11 novembre 2011 avente ad oggetto: *“Adozione del regolamento regionale concernente: “Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale)” e successive modifiche.”*

**VISTA** la Determinazione Regionale n.B03071 del 17 luglio 2013 recante *“Riorganizzazione delle Strutture Organizzative di Base Denominate Aree e Uffici Della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria”*;

**VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.92, n. 421”*;

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 che definisce i livelli essenziali di assistenza;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: *“Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”*;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro”* e i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza, l'urgenza e l'elezione;

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione, secondo i Programmi operativi di cui al richiamato articolo 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009 e successive modificazioni ed integrazioni;

**DATO ATTO** che con la citata Deliberazione del 21 marzo 2013 sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale affidato al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, come riformulato con la successiva

Deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal corrente anno;

**DATO ATTO** che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 (prot. n. ACG/23/SANIT/3103) il dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

**DATO ATTO**, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con Deliberazione del 20 gennaio 2012 ha, tra l'altro, rimodulato le funzioni del Sub Commissario Giuseppe Antonino Spata ed ha nominato a Sub Commissario il dott. Gianni Giorgi a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159;

**VISTO** il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad Acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* del 31 dicembre 2010, n. U0113 recante i “*Programmi Operativi 2011 – 2012*”;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* del 5 luglio 2013, n. U00314 recante “*Adozione della Proposta di Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio*” ed in modo particolare l'azione 14.3.5;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0087 del 18 dicembre 2009 avente ad oggetto: “*Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012*”;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0082 del 30 settembre 2010 avente ad oggetto: “*Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009*”;

**VISTO** l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 14 febbraio 2002 (Rep. Atti n. 1386) sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste di attesa, con il quale si è convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrano i livelli essenziali di assistenza sanitaria, già definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, con apposite linee guida;

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002 “*Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa*” che aggiunge tali linee guida al DPCM 29 novembre 2001;

**VISTA** la DGR 20 dicembre 2002, n. 1725 “*Indicazioni regionali sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e di ricovero ed indirizzi applicativi sui tempi e sulle liste di attesa*”;

**VISTA** l'intesa del 28 marzo 2006 (Rep. Atti n. 2555), ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge

5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta regionale 14 luglio 2006, n. 431, avente ad oggetto: *“Piano regionale sulle liste di attesa: recepimento delle indicazioni contenute nell'intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 28-marzo-2006, relativa al “Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266”.*

**VISTA** l'Intesa del 28 ottobre 2010, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta regionale 28 giugno 2012, n. 314, avente ad oggetto: *“Verifica degli adempimenti per l'anno 2010. Recepimento degli Accordi Stato-Regioni e Conferenza Unificata, più rilevanti ai fini dell'erogazione dei LEA, intervenuti nell'anno 2010”* che ha provveduto a recepire la citata intesa per il triennio 2010-2012;

**VISTA** la Legge Regionale n. 6 del 22 Aprile 2011, all'art. 5, prevede che *“1. Al fine di contribuire a ridurre i tempi di attesa e rendere efficace il controllo e la trasparenza nell'erogazione dei servizi, le strutture accreditate provvedono a mettere a disposizione del sistema RECUP regionale le agende delle prestazioni entro il 31 dicembre 2011, sulla base di un regolamento regionale da adottarsi da parte della Giunta regionale. 2. La mancata messa a disposizione del sistema RECUP regionale delle agende delle prestazioni costituisce criterio di valutazione per la conferma dell'accreditamento”;*

**VISTO** il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 27 luglio 2005, attuativo del comma 5 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente i parametri tecnici per la trasmissione telematica delle ricette;

**VISTO** il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 marzo 2008 di revisione del sopra citato D.M. 27 luglio 2005, che, nel ridefinire le modalità di trasmissione telematica, le frequenze temporali e le modalità operative di invio e gestione dei dati da trasmettere, prevede, nel tracciato record relativo alle ricette per prescrizioni specialistiche, gli elementi *“Tipoaccesso”, “GaranziaTempiMassimi”, “ClassePriorita” e “CodiceDiagnosi”;*

**VISTO** il documento *“Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa”,* elaborato nell'ambito di un gruppo tecnico di lavoro composto da referenti regionali, dell'AGENAS e del Ministero della Salute e trasmesso alle Regioni da detto Ministero il 30 dicembre 2010, che indica come *“obbligatori, ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, tutti i campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art.50 della L.326/03”;*

**VISTA** la L.R. 28 dicembre 2006 n.27 *“Abbattimento delle liste di attesa nella sanità pubblica regionale”;*

**VISTA** la Deliberazione Giunta Regionale n. 843/2007 del 31 ottobre 2007 adottata in attuazione dell'art. 12 della legge sopra citata;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00114 del 4 luglio 2012, avente ad oggetto: “Nuove Linee guida per l’esercizio della libera – professione intramuraria della Regione Lazio”;

**CONSIDERATO** che appare opportuno provvedere ad adottare il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2013-2015, parte integrante e sostanziale del presente atto (**allegato 1**);

**CONSIDERATO** che obiettivo del piano è intervenire sulle liste d’attesa attraverso alcune azioni strategiche:

1. Estensione del sistema ReCUP regionale: a partire dal 1° gennaio 2014, previa adozione di regolamento della Giunta regionale, così come previsto dall’art. 5 comma 1 della legge regionale 22 aprile 2011 n. 6 e con la necessaria gradualità, le agende delle prestazioni sanitarie erogate dagli Enti sanitari pubblici (ivi comprese le Aziende Ospedaliere Universitari e gli IRCCS) e dai soggetti privati accreditati (ivi compresi i Policlinici Universitari, gli IRCCS e gli ospedali Classificati), dovranno confluire nel sistema ReCUP regionale fino al raggiungimento di almeno il 60% delle prestazioni totali erogate. Inoltre, dovranno confluire nel ReCUP, seppure con liste e contabilità separate, anche le prenotazioni in attività libero professionale;
2. Previsione di percorsi di cura programmati e/o dedicati con i quali si consente un migliore utilizzo da parte dei cittadini delle prestazioni erogate dal SSR, con particolare attenzione alle aree cardiovascolari ed oncologiche;
3. Iniziative, adottate ai diversi livelli e indirizzate ai diversi attori del SSR, per promuovere l’appropriatezza prescrittiva, organizzativa e clinica;
4. Estensione dell’utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia per almeno 12 ore lavorative giornaliere, dal lunedì al sabato, all’interno delle strutture pubbliche;
5. Utilizzo dei flussi informativi per il monitoraggio degli obiettivi del piano;
6. Elaborazione di un piano di comunicazione, di piani attuativi e formativi;
7. Previsione di modalità alternative di accesso alla prestazione, a tutela dell’utente, e di incentivazione alla corretta fruizione delle prestazioni stesse con esazione, nei confronti del paziente, di un importo pari alla quota di compartecipazione alla prestazione sanitaria, anche se esente, in caso di mancata comunicazione di rinuncia o impossibilità a fruire della prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata.

**RITENUTO** opportuno assegnare alle Aziende sanitarie 60 giorni dalla data di notificazione del presente provvedimento per l’approvazione formale del piano attuativo Aziendale che rientrerà negli obiettivi contrattuali dei Direttori generali;

**RITENUTO** opportuno dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende, nella predisposizione del Piano, fermo restando quanto previsto dalle linee guida regionali approvate con Decreto del Commissario *ad acta* n. 114 del 4 luglio 2012 sull’attività *libero – professione intramuraria della Regione Lazio*, di verificare che l’esercizio dell’attività libero professionale non si ponga in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell’Azienda, e di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra le due modalità di erogazione in termini di volumi di attività, orario e rispetto dei tempi di attesa, attraverso la previsione di sistemi di verifica strutturati e continuativi, coordinati a livello regionale;

**RITENUTO** opportuno che, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello libero professionale, le Aziende sanitarie provvedano alla riduzione e/o sospensione dell’attività libero professionale in quelle unità operative in cui i tempi di attesa dell’attività istituzionale superano quelli previsti dal PNGLA 2010-2012 di cui al punto 3 del piano regionale;

**RITENUTO** opportuno prevedere che un equilibrato rapporto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale costituisca un elemento per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali;

**CONSIDERATO** che i contenuti del presente Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015 saranno inclusi nelle linee guida dei protocolli d'intesa tra Regione e i Policlinici universitari;

### DECRETA

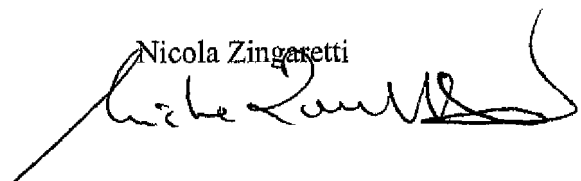
per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate:

1. adottare il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2013-2015, parte integrante e sostanziale del presente atto (**allegato 1**);
2. assegnare alle Aziende sanitarie 60 giorni dalla data di notificazione del presente provvedimento per l'approvazione formale del piano attuativo Aziendale che rientrerà negli obiettivi contrattuali dei Direttori generali;
3. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende, nella predisposizione del Piano le Aziende sanitarie, fermo restando quanto previsto dalle linee guida regionali approvate con Decreto del Commissario *ad acta* n. 114 del 4 luglio 2012 sull'attività *libero - professione intramuraria della Regione Lazio*, di verificare che l'esercizio dell'attività libero professionale non si ponga in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda, e di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto in termini di volumi di attività, orario e rispetto dei tempi di attesa, attraverso la previsione di sistemi di verifica strutturati e continuativi, coordinati a livello regionale; e di disporre la riduzione e/o sospensione dell'attività libero professionale in quelle unità operative in cui i tempi di attesa superano quelli previsti dal PNGLA 2010-2012 di cui al punto 3 del piano regionale;
4. di prevedere che un equilibrato rapporto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale costituisca un elemento per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali;
5. che i contenuti del presente Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015 siano inclusi nelle linee guida dei protocolli d'intesa tra Regione con i Policlinici universitari.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il presente provvedimento verrà notificato alle Aziende interessate e pubblicato sul B.U.R.L.

Nicola Zingaretti





REGIONE  
LAZIO

**IL LAZIO CAMBIA**

Al lavoro per una buona sanità  
più efficiente e più vicina alle persone



# **PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA**

**PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA (2013 – 2015)**  
**(Ai sensi del Decreto 314 del 5 luglio 2013. “Adozione P.O. 2013-2015 Azione 14.3.5”)**

**Sommario**

*Premessa*..... 3

1. Ricognizione degli atti adottati in materia ..... 4

2. Allineamento tra domanda e offerta..... 8

3. Prestazioni erogate in ambito ambulatoriale ..... 9

    3.1. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa ..... 9

    3.2. Indicazioni a cura del prescrittore..... 11

    3.3. Riorganizzazione ed ampliamento del ReCUP ..... 12

    3.4. Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo e doveri del cittadino ..... 13

4. Prestazioni in regime di ricovero ..... 14

5. Percorsi diagnostico terapeutici (PDT) nell’area cardiovascolare e oncologica ..... 16

6. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa ..... 17

    6.1. Appropriatezza prescrittiva e organizzativa ..... 17

    6.2. Utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia nelle strutture pubbliche ..... 18

    6.3. Attività libero professionale intramuraria ..... 19

    6.4. Regolamentazione della sospensione dell’attività d’erogazione delle prestazioni ..... 19

    6.5. Piano di comunicazione ..... 20

    6.6. Flussi Informativi ..... 21

        6.6.1. Monitoraggio ex-post ..... 21

        6.6.2. Monitoraggio ex-ante..... 21

        6.6.3. Monitoraggio attività di ricovero ..... 21

        6.6.4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione ..... 21

        6.6.5. Monitoraggio siti web..... 22

        6.6.6. Monitoraggio ALPI ..... 22

        6.6.7. Monitoraggio PDT ..... 22

7. Iniziative regionali di ICT connesse alle finalità del PRGLA ..... 22

8. Piani Attuativi Aziendali..... 23

9. Policlinici universitari ..... 24

## **Premessa**

La Regione Lazio, per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione nel settore sanitario di rilevante consistenza, si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 della Legge n. 311 del 2004 – legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario con la sottoscrizione, con i Ministeri della Salute e dell'Economia, di un Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, fermo restando il mantenimento del diritto dei propri cittadini a vedersi garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza.

Con deliberazione 28 giugno 2012, n. 314 *“Verifica degli adempimenti per l'anno 2010. Recepimento degli Accordi Stato-Regioni e Conferenza Unificata, più rilevanti ai fini dell'erogazione dei LEA, intervenuti nell'anno 2010.”* la Regione ha recepito l'intesa del 28/10/2010 sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 senza però predisporre il conseguente piano regionale. Si rende pertanto necessario provvedere con la massima urgenza, anche in relazione agli impegni assunti in materia con la proposta di Programmi operativi 2013-2015 (azione 14.3.5) adottata con il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n.314 del 5 luglio 2013.

L'erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza; è infatti essenziale garantire tempi di accesso adeguati in relazione alle condizioni cliniche dell'assistito, come valutate dal medico prescrittore.

Con il presente Piano di governo regionale delle liste di attesa la Regione Lazio intende adempiere a quanto previsto dall'intesa Governo-Regioni del 28/10/2010 prevedendo la realizzazione, nel periodo 2013- 2015, di interventi riguardanti:

- *La definizione di regole uniformi e trasparenti per l'accesso ai servizi,*
- *i criteri, gli standard di riferimento, gli strumenti e la metodologia per il monitoraggio dei tempi di attesa,*
- *la promozione dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa e clinica,*
- *la riorganizzazione e l'estensione del sistema regionale di prenotazione ReCUP,*
- *una più puntuale definizione dei diritti dell'assistito in caso di superamento dei tempi massimi di attesa e dei suoi doveri in materia di prestazioni specialistiche,*
- *l'aumento dei tempi di utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia,*
- *lo sviluppo e la realizzazione di percorsi assistenziali per la presa in carico di malati cronici, a partire dalle aree cardiovascolare e oncologica*
- *la promozione di un corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello libero-professionale.*

La Regione Lazio ha come obiettivo generale quello di migliorare la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di assistenza dei propri cittadini, riducendo l'inappropriatezza dei trattamenti erogati e rendendo compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Il piano si propone quindi di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, mediante



l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

## **1. Ricognizione degli atti adottati in materia**

Con **Deliberazione di Giunta Regionale (DGR) n.1725 del 20 dicembre 2002** recante ad oggetto: "Indicazioni regionali sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e di ricovero e indirizzi applicativi sui tempi e sulle liste di attesa. Attuazione del PSR 2002-2004.", la Regione Lazio ha deliberato di:

- adottare il piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa in coerenza con le linee di indirizzo generali contenute nell'intesa
- disporre che le Aziende sanitarie adottassero il proprio Piano aziendale entro 90 gg dall'approvazione di quello regionale
- dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di proporre progetti sperimentali per l'abbattimento delle liste di attesa;
- dare mandato al Direttore Regionale competente di produrre gli atti necessari all'approvazione, monitoraggio e alla verifica ed al finanziamento dei progetti sperimentali delle Aziende Sanitarie
- istituire il coordinamento dei referenti aziendali delle liste e tempi di attesa
- dare mandato al Direttore Regionale competente di istituire un gruppo di lavoro regionale per l'appropriatezza clinica;
- impegnare il sistema RECUP a produrre sistematicamente dati relativi ai tempi di attesa per le prestazioni indicate nel presente atto per ASL, Distretto e singolo erogatore.

La **DGR 693 del 30 luglio 2004**, in ottemperanza al Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con DPR 23 maggio 2003 che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo 8 agosto 2001 tra Stato, Regioni e Province Autonome, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002-2003 e nei limiti e in coerenza dei programmati Livelli di Assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive integrazioni, delibera, tra le altre cose, di attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza e ridurre le liste di attesa, nonché intervenire sul potenziamento del servizio di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale attraverso:

- il collegamento on-line dei Medici di Medicina Generale al programma di prenotazione del RECUP mediante l'avvio telematico della richiesta di prestazioni e la segnalazione di priorità;
- il completamento del collegamento delle aziende sanitarie al sistema RECUP ;
- la previsione di una cabina di regia a livello regionale per il monitoraggio dell'andamento delle prenotazioni e della rispondenza dell'intero sistema alle esigenze di accesso;

- la realizzazione di una campagna di comunicazione istituzionale per estendere la conoscenza al pubblico ed agli operatori del numero verde 800 - 986868 del sistema di CUP regionale;
- il potenziamento del Centro Unificato di Prenotazioni con l'ampliamento delle postazioni dedicate al servizio informazioni back-office ed ulteriori postazioni dedicate al numero verde da mettere a disposizione dei Medici di Medicina Generale per la prenotazione di prestazioni prioritarie;
- l'individuazione ed utilizzo di strumenti atti a differenziare le prenotazioni erogate in regime ordinario dalle prestazioni in libera professione intramuraria;
- l'utilizzazione di percorsi diagnostici terapeutici e liste differenziate per priorità cliniche condivise tra struttura richiedente e struttura erogante la prestazione;
- il sostegno economico alle AUSL per la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni cliniche che superano il valore soglia fissato dai provvedimenti regionali (DGR n. 1455 dell'8 novembre 2002), attraverso la presentazione di specifici progetti.

Allegato alla citata delibera si trova un documento "Misure per il contenimento delle liste di attesa", predisposto da un Gruppo di lavoro costituito *ad hoc*, nel quale vengono individuati gli obiettivi e le azioni prioritarie da realizzare sia a livello regionale che attraverso specifici progetti aziendali;

Le Regione Lazio, ravvisata la necessità di sistematizzare la rete dei rapporti tra i diversi soggetti attuatori, di scambio informativo e di collaborazione operativa occorrente al funzionamento complessivo del servizio ed al suo sviluppo ordinato e condiviso, e allo scopo di precisare, attraverso indicazioni organizzative e operative, le diverse competenze, attribuzioni e responsabilità dei soggetti che coordinano, tecnicamente sostengono, erogano e sviluppano il servizio Recup o comunque partecipano ai processi funzionali che ne costituiscono l'architettura, con la determinazione n. **D0573 del 1 marzo 2006** avente ad oggetto "Adozione del modello organizzativo per il funzionamento del nuovo servizio centralizzato regionale per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni socio-sanitarie denominato Recup" stabilisce un modello organizzativo per la gestione di tale servizio anche nell'ottica di un potenziamento e semplificazione nonché di monitorare e verificare l'offerta di prestazioni per razionalizzarne i percorsi e garantirne l'appropriatezza e tenuto conto del documento progettuale relativo alle "Misure di contenimento delle liste di attesa" allegato alla DGR 30 luglio 2004, n. 693.

Con la Determinazione n. **D1314/06 del 12 maggio 2006**, in accordo all'Intesa del 28 marzo 2006 Rep. 2555, sancita tra il Governo e le Regioni sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006/2008 ex art. 1, comma 280, legge n. 266/2005, viene istituito un gruppo di lavoro Regionale, quale organismo tecnico di raccordo tra le Aziende e l'Assessorato. Tale Gruppo ha compiti di monitoraggio dei tempi di attesa, dell'appropriatezza delle prestazioni, i tempi e le modalità di utilizzo delle attrezzature. Inoltre il Gruppo ha l'obiettivo di elaborare proposte atte al contenimento dei tempi di attesa, riferite prevalentemente alle prestazioni critiche previste dalla DGR n. 1725/2002, dall'Intesa Stato Regioni o dalla Direzione Regionale Tutela della Salute e

Sistema Sanitario Regionale, ed esprimere parere all'Assessore sulla congruità dei progetti presentati dalle Aziende per l'abbattimento delle liste di attesa. E' stato prodotto, inoltre, un piano operativo per il contenimento delle liste di attesa, che viene allegato alla citata determinazione.

Tale Piano individua i seguenti strumenti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati:

- Progetto sperimentale per l'abbattimento delle liste d'attesa
- Investimenti per tecnologie sanitarie e strutture edilizie
- Commissione liste d'attesa
- Referente regionale per le liste d'attesa
- Tavolo permanente con le Organizzazioni Sindacali
- Nuovo modello organizzativo ReCup e Cup unico regionale (det. N. D0573/06)
- Rilevazione dei tempi di attesa
- Nuovo Nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali
- Governo della domanda
- Campagna Informativa per il nuovo numero verde 80.33.33
- Accessi prioritari
- Accordo integrativo medicina generale: criteri per l'appropriatezza prescrittiva
- Percorsi clinico-diagnostici per patologie aventi rilevanza sociale
- Controllo civico nel raggiungimento degli obiettivi

Con la **DGR 431 del 14 luglio 2006** avente ad oggetto "Piano regionale sulle liste di attesa: recepimento delle indicazioni contenute nell'intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 28-marzo-2006, relativa al "Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266". La Giunta Regionale ha deliberato:

- di adottare il piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa, allegato alla citata DGR, in coerenza con le linee di indirizzo generali contenute nell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano di cui al "Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008",
- di riservarsi di perfezionare tale piano alla luce degli indirizzi/linea-guida che verranno impartite da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui all'art. 9 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- di disporre che le Aziende sanitarie adottino il proprio Piano aziendale entro novanta giorni dall'approvazione di quello regionale;
- di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di proporre progetti sperimentali per l'abbattimento delle liste di attesa;
- di dare mandato al Direttore Regionale della Direzione Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale di produrre gli atti necessari all'approvazione, al monitoraggio e alla verifica ed al finanziamento dei progetti sperimentali delle Aziende Sanitarie ai sensi della legge regionale del 28 aprile 2006, n.4;
- di istituire il coordinamento dei referenti aziendali delle liste e dei tempi di attesa, costituito da dirigenti medici dell'area di sanità pubblica individuati dai rispettivi

Direttori Generali, con funzioni di responsabili tecnici organizzativi dell'intera problematica in posizione di staff alla direzione sanitaria;

- di dare mandato al Direttore Regionale della Direzione Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale di istituire un gruppo di lavoro regionale per l'appropriatezza clinica;
- di impegnare il sistema ReCUP a produrre sistematicamente dati relativi ai tempi di attesa per le prestazioni indicate nel presente atto per ASL, Distretto e singolo erogatore;
- di inserire sistematicamente i dati relativi alle liste di attesa delle prestazioni oggetto del presente atto nel portale regionale, sezione sanità.

Con determinazione n. **D3335 del 17 ottobre 2006** venivano finanziati Progetti sperimentali per l'abbattimento delle liste di attesa con apposito capitolo istituito ai sensi della **legge regionale 28 aprile 2006, n. 4** "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2006" che disponeva l'istituzione di un fondo specifico per la sperimentazione di progetti finalizzati all'abbattimento delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie, La determinazione n. **D2619 del 23 luglio 2007** stabilisce i criteri per il finanziamento dei progetti per l'abbattimento delle liste di attesa in attuazione dell'art.12 della **legge regionale 28 dicembre 2006 n.27** "Abbattimento delle liste di attesa nella sanità pubblica regionale".

In conseguenza delle citate determinazioni D3335/06 e D2619/07, la Giunta Regionale ha approvato una lista di progetti per l'abbattimento delle liste di attesa in attuazione dell'art.12 della l.r. n.27 del 28 dicembre 2006 con **DGR 843/07 del 31 ottobre 2007**

Con la **DGR 342 dell'8 maggio 2008** la Giunta Regionale ha approvato il documento "Linee guida per l'esercizio della libera professione intramuraria della Regione Lazio". Tali linee guida, allegata al citato atto, raccomandano in particolare al punto D) dell'Articolo 7 - Esercizio della attività libero-professionale, che le Aziende assicurino l'esercizio dell'attività libero-professionale, con particolare riguardo al Monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti; attivazione di meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi;

**Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. U0113 del 31 dicembre 2010** recante i "Programmi Operativi 2011-2012" che individuano, nell'ambito degli interventi di razionalizzazione della gestione del personale, l'Azione 12.9 concernente la garanzia dell'effettivo equilibrio economico-finanziario della gestione dell'attività libero professionale intramuraria anche attraverso l'attivazione di una contabilità separata, la gestione all'interno del CUP delle prestazioni rese in regime di A.L.P.I. e la revisione dei tariffari aziendali; con l'approvazione delle nuove "Linee guida per l'esercizio della libera – professione intramuraria della Regione Lazio", ad integrazione di quanto previsto nella Deliberazione della Giunta regionale dell'8 maggio 2008, n. 342 e nel **DCA n. U0040 del 14 novembre 2008**.

La **Legge Regionale n. 6 del 22 Aprile 2011**, all'art. 5, prevede che "1. Al fine di contribuire a ridurre i tempi di attesa e rendere efficace il controllo e la trasparenza

nell'erogazione dei servizi, le strutture accreditate provvedono a mettere a disposizione del sistema RECUP regionale le agende delle prestazioni entro il 31 dicembre 2011, sulla base di un regolamento regionale da adottarsi da parte della Giunta regionale. 2. La mancata messa a disposizione del sistema RECUP regionale delle agende delle prestazioni costituisce criterio di valutazione per la conferma dell'accreditamento".

La Determinazione n. **B9320 del 06 dicembre 2011** istituisce un Gruppo di Lavoro per gli adempimenti connessi al recepimento dell'intesa del 28 ottobre 2010 (Rep. Atti n. 189/csr), ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 ed all'avvio delle procedure di cui all'art. 5 della L.R. 6/2011.

La **DGR n. 314 del 28 giugno 2012** "Verifica degli adempimenti per l'anno 2010. Recepimento degli Accordi Stato-Regioni e Conferenza Unificata, più rilevanti ai fini dell'erogazione dei LEA, intervenuti nell'anno 2010" che recepisce un elenco di Accordi, tra cui:

- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 del 29/04/2010, concernente il documento recante "Sistema Cup – Linee guida nazionali"
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Con la determinazione n. **B00565 del 25 gennaio 2012** è stato costituito un Gruppo di Lavoro per la predisposizione degli atti delle gare Servizio ReCUP e Acquisizione infrastruttura tecnologica per la gestione del servizio ReCUP, in coerenza con quanto previsto dalle Linee guida nazionali sul CUP e con quanto previsto dalla L.R. n.6/11

## **2. Allineamento tra domanda e offerta**

Le prestazioni di primo contatto rappresentano una parte importante dei volumi complessivamente erogati dal SSR, le criticità ad esse connesse debbono essere affrontate in un'ottica complessiva di sistema, sia dal versante del governo della domanda che da quello dell'ottimizzazione dell'offerta.

La problematica dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali va letta all'interno dell'intero sistema domanda-offerta superando la logica della compartimentazione dei tre setting di erogazione (*Pronto soccorso, attività in regime di ricovero, attività ambulatoriale*). Tali setting dovranno invece essere considerati come segmenti di un unico sistema che condivide le stesse logiche e criteri di appropriatezza per l'accesso alle prestazioni, adeguandosi in modo flessibile all'andamento della domanda in modo da assicurare un assorbimento equilibrato delle risorse dei tre comparti.

La costruzione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali da parte dell'Azienda USL sul cui territorio insistono altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate afferenti al SSR deve prevedere il pieno coinvolgimento di queste ultime. Inoltre, la definizione degli ambiti

territoriali entro i quali i tempi massimi di attesa devono essere garantiti deve prendere in considerazione, in alcuni casi (in particolare all'interno del territorio comunale di Roma) la possibilità di ricorrere alla mobilità interaziendale.

### 3. Prestazioni erogate in ambito ambulatoriale

#### 3.1. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa

Il PNGLA 2010-2012 individua un elenco di prestazioni che modifica ed integra quello individuato dal precedente Piano Nazionale. Il nuovo elenco elimina le prestazioni che nella fase sperimentale di monitoraggio dei tempi di attesa non hanno presentato problemi di attesa nella maggior parte delle Regioni e ne aggiunge altre che sono risultate critiche.

In particolare, sono oggetto di monitoraggio 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale, di seguito elencate:

#### VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Gruppo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	1.1	Visita cardiologica	89.7	8
2	1.2	Visita Chirurgia vascolare	89.7	14
3	1.3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	1.4	Visita neurologica	89.13	32
5	1.5	Visita oculistica	95.02	34
6	1.6	Visita ortopedica	89.7	36
7	1.7	Visita ginecologica	89.26	37
8	1.8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	1.9	Visita urologica	89.7	43
10	1.10	Visita dermatologica	89.7	52
11	1.11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	1.12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	1.13	Visita oncologica	89.7	64
14	1.14	Visita pneumologica	89.7	68

#### PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Gruppo	Prestazione	Codice Nomenclatore
<b>Diagnostica per immagini</b>			
15	2.1	Mammografia	87.37.1; 87.37.2
16	2.2	TC senza e con contrasto Torace	87.41; 87.41.1
17		TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2; 88.01.1
18		TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4; 88.01.3
19		TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6; 88.01.5

20		TC senza e con contrasto Capo	87.03; 87.03.1
21		TC senza e con contrasto Rachide e Speco vertebrale	88.38.2; 88.38.1
22		TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	2.3	RMN Cervello e Tronco encefalico	88.91.1; 88.91.2
24		RMN Pelvi, Prostata e Vescica	88.95.4; 88.95.5
25		RMN Muscoloscheletrica	88.94.1; 88.94.2
26		RMN Colonna vertebrale	88.93; 88.93.1
27	2.6	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	2.7	Ecocolordopplergrafia cardiaca	88.72.3
29		Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30		Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	2.6	Ecografia Addome (superiore, inferiore, completo)	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1
32	2.4	Ecografia Mammella	88.73.1; 88.73.2
33	2.5	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78; 88.78.2
<b>Altri esami Specialistici</b>			
34	3.1	Colonscopia	45.23; 45.25; 45.42
35		Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36		Esofagogastroduodenoscopia	45.13; 45.16
37	3.2	Elettrocardiogramma	89.52
38	3.3	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	3.2	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41; 89.43
40	3.4	Audiometria	95.41.1
41	3.5	Spirometria	89.37.1; 89.37.2
42	3.6	Fondo Oculare	95.09.1
43	3.7	Elettromiografia	93.08.1

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse le prestazioni di controllo e le prestazioni inserite nei programmi regionali di prevenzione attiva (screening).

Sono prestazioni di 1° accesso anche quelle che lo specialista che osserva per primo il paziente richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico. Per i pazienti con diagnosi già definita, ovvero affetti da malattie croniche, si considera lo stesso come primo accesso la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva.

Per quanto riguarda la determinazione della classe di priorità, tenendo conto che i LEA devono essere garantiti in maniera omogenea sul territorio nazionale, si è condiviso il

sistema di classificazione unico nazionale. I codici di priorità per le prestazioni erogate in ambito ambulatoriale, da utilizzare nella compilazione del campo 26 della ricetta, indicano il tempo massimo entro cui devono essere erogate le prestazioni e sono i seguenti:

- **U** (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B** (Urgenza Breve) da eseguire entro 10 giorni;
- **D** (Differibile), da eseguire entro:
  - 30 giorni per le visite
  - 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- **P** (Senza Priorità), prestazione programmata

Obiettivo del presente piano, in linea con quanto previsto dal sistema nazionale di monitoraggio, è che alla fine del 2014 le prestazioni urgenti (U), quelle a urgenza breve (B) e quelle differibili (D) siano erogate al 90% degli assistiti entro i tempi massimi stabiliti, ovvero 72 ore per le prestazioni urgenti, 10 gg. per le prestazioni a urgenza breve, 30 gg. per le visite differibili e 60 gg. per le prestazioni strumentali differibili.

### **3.2. Indicazioni a cura del prescrittore**

Rispetto all'impostazione del Piano Nazionale per il triennio 2006-2008, la principale novità di questo PNGLA riguarda l'organizzazione delle agende, poiché dalla gestione della garanzia di tempo massimo per alcune prestazioni da assicurare a particolari categorie di pazienti, si passa alla gestione degli accessi secondo fasce temporali coerenti con le classi di priorità.

In questa prospettiva, e in aderenza con le Linee-guida elaborate dal gruppo tecnico di lavoro composto da referenti regionali, dell'AGENAS e del Ministero della Salute e trasmesse alle Regioni in data 30/12/2010, il presente piano regionale prevede che, nella prescrizione di prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN, il soggetto prescrittore, sia esso medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialista, dipendente o convenzionato, riporti sul ricettario SSN:

- se si tratta di primo contatto (1) oppure di contatto successivo (0), quest'ultimo inteso come visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow up. Nel caso non sia indicata nessuna delle due modalità, la prestazione sarà considerata di controllo.
- la classe di priorità, come definita in precedenza. Questa informazione deve essere biffata a stampa o, se compilata a penna, controfirmata dal prescrittore. In caso di mancata indicazione del codice di priorità la prestazione sarà considerata come programmata.
- il quesito diagnostico (codice ICD-IX-CM) che motiva la richiesta della prestazione. In caso di mancata indicazione del quesito diagnostico la prestazione sarà considerata come programmata



In fase di prima applicazione, dette indicazioni saranno considerate indispensabili, ai fini della garanzia dei tempi massimi di attesa, solo per le prestazioni incluse nell'elenco di cui al punto 3.1, mentre successivamente saranno estese a tutte le prestazioni incluse nei LEA.

In caso di mancata indicazione del quesito diagnostico e/o del codice di priorità la prestazione sarà considerata come programmata.

Entro 90 giorni dall'emanazione del presente atto la Regione Lazio curerà la produzione e la diffusione presso tutti i medici prescrittori di un documento d'indirizzo che individui le caratteristiche cliniche associate alle diverse priorità di accesso per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto del presente piano. Per la stesura del documento la Regione si avvarrà del supporto metodologico del Dipartimento di Epidemiologia del SSR e della collaborazione di rappresentanti delle società scientifiche interessate e delle associazioni della medicina generale.

### **3.3. Riorganizzazione ed ampliamento del ReCUP**

Nel Lazio è attivo da tempo il ReCUP, sistema unico di prenotazione per l'intero territorio regionale. L'architettura e le caratteristiche dei sistemi informatici di supporto al ReCUP, che cominciano a mostrare segni di obsolescenza, sono attualmente oggetto di un processo di revisione ed ammodernamento la cui conclusione è prevista entro il 2014. Obiettivo dell'ammodernamento è anche realizzare una maggiore aderenza alle linee-guida nazionali redatte dal Ministero della Salute e recepite prima dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e poi dalla Regione Lazio (DGR n. 314/2012).

Per quanto riguarda la copertura del ReCUP, nel 2012 le circa 26.000.000 di prestazioni di specialistica ambulatoriale (*esclusi gli esami di laboratorio*) erogate dal SSR del Lazio sono state fornite per il 51,5% dalle strutture pubbliche e per il 48,5% da quelle accreditate (*Private e Classificate*), che non sono incluse nel ReCUP.

Delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche:

- a) il 40,9% è stato prenotato tramite il sistema ReCUP regionale ( 27,5% mediante call center 803333 e 13,4% mediante sportello CUP di ASL e AO)
- b) il 59,1% è stato erogato sulla base di agende gestite direttamente dalla struttura erogatrice.

Ciò significa che solo il 25% delle prestazioni erogate a carico del SSR sono state prenotate attraverso il sistema unico regionale.

Il presente piano regionale prevede che, in attuazione della Legge Regionale 22 aprile 2011 n.6, art.5, comma1, a partire dal 1 gennaio 2014 e con la necessaria gradualità, le agende relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dagli Enti sanitari pubblici (ivi comprese le Aziende Ospedaliere Universitarie e gli IRCCS) e dai soggetti privati accreditati (ivi compresi i Policlinici Universitari, gli IRCCS e gli ospedali Classificati), confluiscono nel sistema RECUP regionale per il soddisfacimento della domanda di primi contatti fino al raggiungimento di almeno il 60% del totale delle prestazioni erogate.

Limitatamente alle strutture classificate e accreditate, le modalità con cui esse provvederanno a mettere a disposizione del sistema RECUP regionale le agende delle prestazioni verranno definite con apposito regolamento, che la Regione provvederà ad emanare entro 30 giorni dalla diffusione del presente piano. Le agende non utilizzate dal sistema ReCUP potranno essere gestite direttamente dalle strutture per prestazioni di emergenza, approfondimento e controllo a distanza. Limitatamente alle strutture pubbliche, il presente piano prevede che anche le prestazioni prenotate direttamente siano tracciate attraverso il ReCUP.

La Regione, di concerto con le aziende ASL e in considerazione della distribuzione territoriale dell'offerta delle diverse prestazioni oggetto di monitoraggio, provvederà a definire, e ad integrare nel sistema ReCUP, gli ambiti territoriali all'interno dei quali dovrà essere garantito il rispetto dei tempi massimi di attesa in rapporto alla classe di priorità indicata. In linea di massima, per tutelare in modo adeguato e ragionevole il diritto dei cittadini a fruire dei servizi senza subire particolare disagi, gli ambiti di garanzia per le prestazioni di base, caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità, avranno estensione distrettuale o sub-distrettuale. Per le prestazioni caratterizzate da medio-alta complessità e/o più bassa domanda, gli ambiti di garanzia potranno avere estensione aziendale (o sovra-aziendale, come nel caso dell'area comunale di Roma). Solo qualora non fossero disponibili servizi eroganti le prestazioni dell'elenco entro l'ambito territoriale corrispondente, le ASL potranno definire accordi con strutture localizzate fuori dal proprio territorio di competenza.

Se l'utente, al quale è stato proposto un appuntamento che consenta di garantire il rispetto del tempo massimo di attesa associato alla classe di priorità del caso presso una struttura interna all'ambito di garanzia, esercita la scelta di altra struttura, perde il diritto alla garanzia del suddetto tempo massimo (di tale eventualità deve essere data chiara comunicazione all'utente).

#### **3.4. Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo e doveri del cittadino**

Nel caso in cui l'Azienda sanitaria non sia in grado di rendere disponibile entro i tempi definiti la prestazione richiesta in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva per i propri assistiti, dovrà attivare modalità alternative di accesso alla prestazione che non prevedano oneri per l'assistito.

Il diritto dell'utente ad ottenere la prestazione specialistica o diagnostico-strumentale entro i tempi previsti è esigibile nel solo ambito territoriale di garanzia previsto per quella prestazione. Il rifiuto della prenotazione proposta, entro il tempo previsto, per una diversa scelta dell'utente, libera l'Azienda da qualsiasi onere.

Per quanto riguarda l'annullamento delle prenotazioni da parte dell'assistito, è essenziale fare acquisire ai cittadini consapevolezza circa la rilevante responsabilità che ricade, in capo a loro stessi, rispetto all'obbligo di disdettare tempestivamente una prenotazione (perché la prestazione non è più necessaria – magari perché è stata già effettuata altrove – o perché si è impossibilitati a presentarsi all'appuntamento prenotato). Al fine di informare adeguatamente il cittadino sulle modalità di

cancellazione di una prenotazione, sul coupon di prenotazione saranno chiaramente riportate le seguenti informazioni:

- i canali, possibilmente molteplici, attraverso i quali effettuare la cancellazione;
- i dati da comunicare per effettuare la cancellazione;
- il termine (giorno e ora) entro il quale farla;
- la sanzione applicata in caso di mancata presentazione all'appuntamento prenotato, senza che sia stata precedentemente cancellata la prenotazione.

Le stesse informazioni devono essere fornite, ovviamente, anche quando il cittadino usa altri canali per la prenotazione (il telefono, ad esempio).

Per quanto riguarda il termine di cui al terzo punto esso deve essere tale da consentire, nella maggior parte dei casi, il recupero del posto prenotato, ossia l'attribuzione dell'appuntamento ad un altro cittadino. In considerazione di ciò si ritiene congruo un termine che preceda di almeno 48 ore, escludendo la domenica ed i giorni festivi, la data dell'appuntamento.

Al fine di ridurre al minimo il *no-show* dell'assistito all'appuntamento prenotato in assenza di tempestiva disdetta, il sistema ReCUP provvederà ad inviare un SMS o una email di *recall* 96 ore prima dell'appuntamento stesso.

L'utente che dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale compresa nel Nomenclatore Tariffario Regionale, indipendentemente dal tempo di attesa previsto, non si presenti all'appuntamento non preannunciando la rinuncia o l'impossibilità a fruire la prestazione almeno 48 ore, escludendo la domenica i giorni festivi, prima della data prenotata, è tenuto, anche se esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, al versamento di un importo pari alla compartecipazione stessa. La sanzione non si applica in presenza di gravi e documentati motivi (e.g., esibizione di certificato di malattia). Analogamente, l'utente che, dopo avere usufruito di una qualsiasi prestazione specialistica o diagnostico strumentale, non provveda a ritirare il referto diagnostico entro 30 giorni, è tenuto al versamento di un importo corrispondente alla tariffa regionale relativa alla prestazione stessa.

#### 4. Prestazioni in regime di ricovero

Per i ricoveri programmati finalizzati all'erogazione delle prestazioni incluse nelle tabelle sotto riportate (5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime in ricovero ordinario):

<b>PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY</b>			
<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Intervento</b>	<b>Codice Diagnosi</b>
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55; 88.56; 88.57	
46	Biopsia percutanea del Fegato	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46; 49.49	
48	Riparazione Ernia inguinale	53.0x; 53.1x	
<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO</b>			
<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Intervento</b>	<b>Codice Diagnosi</b>
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	85.4x	Categoria 174

50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	Codice 185
51	Interventi chirurgici tumore Colon Retto	45.7x; 45.8; 48.5; 48.6x	Categorie 153 e 154
52	Interventi chirurgici tumore dell'Utero	Da 68.3 a 68.9	
53	By pass aortocoronarico	36.1x	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.09	
55	Endoarteriectomia Carotidea	38.12	
56	Intervento Protesi d'anca	81.51; 81.52; 81.53; 00.70; 00.71; 00.72; 00.73	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3; 32.4; 32.5; 32.9	Categoria 162
58	Tonsillectomia	28.2; 28.3	

è attivo, dal IV trimestre 2010, il monitoraggio nazionale della completezza dei dati relativi alla data di prenotazione e alla classe di priorità, quest'ultima secondo i criteri clinici individuati nell'Accordo dell'11 luglio 2002 e la conseguente classificazione introdotta con il Decreto Ministeriale 8 luglio 2010, n.135.

Classe A: Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

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 e non manifestano 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.

Le strutture di ricovero dovranno garantire, per le prestazioni sopra indicate, l'indicazione sistematica, nella scheda di dimissione ospedaliera, della data di prenotazione e della classe di priorità assegnata.

Per la chemioterapia e per tutti i trattamenti chirurgici (non diagnostici) relativi alle patologie oncologiche dovrà essere garantito un tempo massimo di attesa di 30 giorni. Per tutte le altre prestazioni il tempo massimo di attesa, corrispondente alla classe di priorità assegnata, dovrà essere garantito per il 90% dei pazienti; tale indicazione non può prescindere dalla esplicita condivisione dei criteri utilizzati per la assegnazione della classe di priorità.

L'ambito territoriale di riferimento per la garanzia del rispetto dei tempi massimi d'attesa è quello provinciale. Per le prestazioni non oncologiche andranno prospettati i percorsi alternativi al presidio scelto dal paziente nei casi in cui la lista sia particolarmente critica.

## **5. Percorsi diagnostico terapeutici (PDT) nell'area cardiovascolare e oncologica**

La problematica relativa alle liste di attesa può trovare soluzioni adeguate individuando modalità di stretta collaborazione tra i diversi professionisti, ed in particolare tra le cure primarie, il livello specialistico e quello ospedaliero, attraverso l'attuazione e la gestione programmata di protocolli diagnostico-terapeutici integrati.

Al fine di permettere una fruizione più agevole da parte dei cittadini delle prestazioni erogate dal SSR, e comunque nell'ambito del governo regionale delle liste di attesa, vengono previsti percorsi di cura programmati (pacchetti di prestazioni per alcune delle principali patologie croniche) per la presa in carico di pazienti.

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori rappresentano da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici (PDT). S'intende per PDT una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale utilizzando, ove appropriato, i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso.

La Regione Lazio recepisce quanto definito dall'AgeNas in collaborazione con le Regioni, le Province autonome e il Ministero della Salute in attuazione del punto 3.3 del PNGLA 2010-2012, riguardo tanto alla individuazione delle patologie da monitorare, quanto alla metodologia da adottare per il monitoraggio delle prestazioni traccianti per la valutazione dell'inizio e della fine di ciascuna fase del PDT (diagnostica e terapeutica).

Pertanto, le patologie che saranno oggetto di monitoraggio sono:

- Tumore maligno della mammella
- Tumore maligno del colon-retto
- Tumore maligno del polmone
- By pass aorto-coronarico

Come indicato nel PNGLA 2010-2012, i tempi massimi di attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori, per almeno il 90% dei pazienti, ai trenta giorni per il completamento della fase diagnostica e trenta giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica. In sintesi si descrivono, nel seguito, i momenti fondamentali in cui si focalizza il monitoraggio dei tempi di attesa nell'ambito di un PDT:

- a) data della prima prestazione che identifica l'avvio del percorso diagnostico terapeutico (ad esempio la mammografia per il tumore della mammella)
- b) data della prestazione diagnostica che identifica la conclusione del percorso diagnostico (ad esempio il citologico o l'istologico per il tumore della mammella),
- c) data in cui viene posta l'indicazione al trattamento, che coincide con l'inserimento in lista d'attesa per il ricovero ospedaliero con accesso programmato,
- d) data di ammissione al ricovero per l'inizio della terapia.

Il tempo trascorso tra il momento a) ed il momento b) indica la fase diagnostica (anche se a volte sono necessari ulteriori approfondimenti, in particolare per la corretta stadiazione delle patologie tumorali), mentre l'intervallo c) - d) misura il tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica. La separazione netta delle due fasi deriva dalla intenzione di non imputare al sistema un periodo di attesa ascrivibile spesso al paziente. L'esperienza infatti evidenzia che, di frequente, il paziente decide di cercare una seconda opinione prima di accettare la proposta di trattamento.

Il monitoraggio dei PDT verrà effettuato in modo retrospettivo utilizzando i flussi informativi correnti, SIAS e SDO, secondo la metodologia e la periodicità definita dall'AGENAS in accordo con le Regioni e Ministero della Salute e con il supporto metodologico del Dipartimento di Epidemiologia del SSR.

E' importante sottolineare che, al di là del debito informativo connesso al monitoraggio dei tempi d'attesa a livello nazionale, la metodologia di estrazione dei dati per la ricostruzione dei PDT può essere utile per ampliare il campo di analisi della attività e sorvegliare le modalità assistenziali/organizzative per sviluppare interventi volti al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle cure. L'analisi di tali percorsi, nonostante inizi da una raccolta precisa e puntuale di ciascun caso, si focalizza sull'andamento complessivo, sullo stile gestionale dei processi e sul contesto organizzativo in cui il percorso si realizza.

Nella definizione degli atti deliberativi e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie privilegeranno un modello assistenziale di integrazione ospedale-territorio e di presa in carico del paziente (disease and care management), prevedendo la possibilità che la/e prenotazione/i delle prestazioni incluse nel pacchetto possa essere effettuata direttamente da chi assume la responsabilità del caso (care Manager).

## **6. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa**

Le aziende territoriali attiveranno tavoli di approfondimento in cui dovranno essere coinvolti tutti gli interlocutori necessari alla pianificazione di interventi finalizzati al contenimento dei tempi di attesa. I sistemi informativi esistenti (RECUP, SIAS) rappresentano una preziosa fonte informativa per impostare il piano di attività con l'individuazione dei necessari rapporti con e tra le strutture erogatrici.

### **6.1. Appropriatezza prescrittiva e organizzativa**

Un aspetto decisivo per la riduzione delle liste e dei tempi d'attesa è legato alla capacità, da parte del SSR, di gestire la domanda di prestazioni, attraverso il ricorso appropriato ai servizi diagnostici e terapeutici.

Pertanto la Regione, oltre ad adottare strumenti che garantiscano l'indicazione sistematica della data di prenotazione e della priorità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero incluse nel Piano, definirà, in un documento di linee-guida da predisporre entro 60 giorni dall'approvazione del PRGLA, i criteri e gli interventi operativi/formativi necessari:

- Per la promozione dell'appropriatezza delle prescrizioni e della razionalizzazione della domanda;
- per il coinvolgimento e la sensibilizzazione dei medici di Medicina Generale e degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali all'adozione di Linee guida e Protocolli diagnostici basati su evidenze di efficienza ed efficacia

In questo ambito, il progetto di ammodernamento del ReCUP di cui al precedente punto 3.3 prevede che, qualora persone di età compresa nella fascia oggetto di un programma regionale di screening cerchino di prenotare, in assenza di indicazioni cliniche e a fini unicamente preventivi, l'esame diagnostico corrispondente, il ReCUP provveda:

- ad indirizzarle all'Unità operativa Screening competente territorialmente se l'intervallo tra l'ultima erogazione del medesimo esame e la data di prenotazione è superiore all'intervallo tra i test previsto dal programma regionale
- a segnalare l'impossibilità di usufruire dell'esame a carico del SSR se l'intervallo tra l'ultima erogazione del medesimo esame e la data di prenotazione è inferiore all'intervallo tra i test previsto dal programma regionale.

I piani attuativi aziendali dovranno contenere l'indicazione delle principali criticità rilevate in materia di appropriatezza e l'articolazione di specifici progetti per ridurre i livelli di inappropriatazza rilevati. Nei progetti saranno specificati le responsabilità, le modalità, i tempi, gli indicatori di valutazione dei processi individuati e le azioni di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi definiti. Particolare rilievo dovrà essere dato al ricorso agli strumenti contrattuali dell'incentivazione del personale e della formazione ECM, inserendo specifici corsi nei Piani Formativi Aziendali.

La condivisione "tra pari" dei criteri utilizzati per l'assegnazione dei codici di priorità e l'individuazione di possibili interventi correttivi avverrà nell'ambito delle Commissioni Distrettuali per l'Appropriatezza Prescrittiva (CDAP) con modalità che saranno definite a livello regionale (Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza)

## **6.2. Utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia nelle strutture pubbliche**

Sulla base dei bisogni assistenziali espressi dalla popolazione residente nel proprio bacino di utenza e dei risultati del monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, con particolare riferimento alla diagnostica per immagini "pesante", le Aziende Sanitarie, all'interno del Piano Attuativo Aziendale possono prevedere l'estensione dell'utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia sino ad un max. di 12 ore al giorno. E' evidente che fin quando rimarrà in vigore, in rapporto agli adempimenti previsti dal Piano di rientro, la misura del blocco del *turn-over*, tale misura sarà di difficile applicazione; le aziende valuteranno tale possibilità compatibilmente con le proprie disponibilità di personale.

### **6.3. Attività libero professionale intramuraria**

Fermo restando che le aziende debbono favorire lo svolgimento della libera professione intramuraria mettendo a disposizione idonei spazi nei modi e nei tempi così come previsto dalla vigente normativa e dalle linee guida regionali approvate con Decreto del Commissario ad acta n. 114 del 04/07/2012, occorre altresì evitare che le stesse causino il prolungarsi dei tempi di attesa dell'attività istituzionale in misura significativamente superiore rispetto a quelli dell'attività libero professionale.

Nel ricordare quindi che l'esercizio dell'attività libero professionale non può essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda, che è subordinato al pieno ed efficace svolgimento dei compiti istituzionali e che, quindi, deve essere sempre assicurato un corretto ed equilibrato rapporto in termini di volumi di attività, orario e rispetto dei tempi di attesa, le Aziende Sanitarie dovranno prevedere nei propri programmi attuativi dei meccanismi di verifica strutturati e continuativi articolati in programmi di verifica e controllo delle prestazioni erogate in regime libero professionale, previo confronto con il livello regionale.

Per consentire l'implementazione di tali meccanismi, entro un anno dall'entrata in vigore del presente piano la prenotazione di prestazioni in regime libero-professionale presso le strutture pubbliche potrà avvenire solo attraverso il ReCUP.

Inoltre, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello libero professionale, le aziende sanitarie provvederanno alla riduzione e/o alla sospensione dell'attività libero professionale in quelle unità operative in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino quelli massimi indicati ai punti 3 e 4 del presente piano. Tale riduzione e/o sospensione cesserà dal momento in cui saranno ripristinati tempi di attesa per l'attività istituzionale inferiori ai valori massimi previsti.

Un equilibrato rapporto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale costituirà un elemento per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

### **6.4. Regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione delle prestazioni**

Le sospensioni ingiustificate o non programmate delle attività di erogazione sono chiaramente lesive del diritto del cittadino ad accedere alle prestazioni, come affermato dalla legge 266/2005, che al comma 282 vieta la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni, prevedendo anche delle specifiche sanzioni amministrative per i contravventori (comma 284). Resta invece la possibilità di interruzione delle attività di erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici.

Al riguardo, le aziende sanitarie e i soggetti erogatori devono preventivamente ed esplicitamente individuare le soluzioni e le procedure più idonee, sia per superare la contingenza "tecnica", sia per garantire la continuità del servizio (intesa come prenotazione e come erogazione della prestazione al cittadino). In particolare, l'attività di prenotazione deve continuare a svolgersi, calcolando nuovi tempi di attesa, anche in presenza di una o più interruzioni dell'attività di erogazione.



Nei casi eccezionali in cui sia necessario interrompere le attività di erogazione, devono essere rispettate alcune regole:

- Di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la direzione aziendale competente e il ReCUP.
- La direzione aziendale deve tempestivamente informare la Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria di ogni sospensione avvenuta e, in caso di sospensioni di durata superiore ad un giorno, deve essere predisposto il relativo flusso informativo verso il Ministero della Salute.
- Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni:
  - quale prestazione si è sospesa l'erogazione (cosa è stato sospeso)
  - dove si è verificata la sospensione
  - perché
  - per quanto tempo (da quando a quando).

#### **6.5. Piano di comunicazione**

Particolare attenzione andrà posta nel fornire al cittadino le informazioni necessarie per la fruizione consapevole dei servizi offerti e l'affermazione dei propri diritti. La funzione di contatto con il pubblico deve essere assicurata da personale adeguatamente formato e dedicato a questa attività. I piani attuativi delle aziende devono prevedere anche progetti per la predisposizione di materiale informativo per i prescrittori e gli assistiti da diffondere attraverso i siti web aziendali o presso i principali punti informativi definendone i contenuti a livello sovra-aziendale ed in collaborazione con le associazioni di tutela dei diritti del malato. Analogamente, la Regione darà ampia visibilità, anche attraverso il proprio portale web, ai contenuti del presente piano. Le informazioni incluse nel piano di comunicazione dovranno contenere almeno:

- l'elenco delle prestazioni per le quali viene assicurato il tempo massimo d'attesa associato alla classe di priorità indicata al prescrittore;
- gli ambiti territoriali entro i quali tale tempo massimo viene assicurato;
- le condizioni di completezza della richiesta necessarie ad individuare in modo corretto la garanzia di accesso prioritario;
- le condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia del tempo d'attesa (rifiuto della prima disponibilità prospettata dal CUP o dallo specialista ospedaliero per il ricovero);
- le modalità da osservare per la disdetta delle prenotazioni

Sui siti web delle aziende sanitarie e sul portale regionale dovranno essere tempestivamente riportati, con sufficiente visibilità, gli ultimi risultati disponibili delle attività di monitoraggio dei tempi di attesa. Ad eventuali criticità rilevate sarà associata l'indicazione delle misure di contrasto assunte.

## **6.6. Flussi Informativi**

Al fine di monitorare e valutare i tempi di attesa si evidenzia l'importanza della qualità e completezza dei dati trasmessi nei flussi informativi regionali (RECUP, SIAS e SIO).

### **6.6.1. Monitoraggio ex-post.**

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex-post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato esteso alle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. I dati necessari per il monitoraggio sono quelli relativi alle prestazioni oggetto del presente piano.

### **6.6.2. Monitoraggio ex-ante**

Questo monitoraggio si basa su una rilevazione, effettuata nella prima settimana dei mesi di ottobre e aprile di ogni anno, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 del presente piano, limitatamente ai primi accessi e alle classi di priorità B e D.

La Regione ha predisposto un applicativo che permette alle Aziende di estrarre direttamente dal sistema ReCUP il flusso informativo secondo le specifiche indicate dal Ministero.

### **6.6.3. Monitoraggio attività di ricovero**

Questo monitoraggio continuerà ad essere effettuato, per i ricoveri programmati di cui al paragrafo 4, attraverso il flusso informativo SDO inviato al NSIS

### **6.6.4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione**

Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni, incluse nell'elenco di cui al punto 3.1, erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'indisponibilità assoluta dell'erogazione di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.

Al fine della rilevazione, si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Le Direzioni aziendali riceveranno dalle strutture le informazioni indicate al punto 6.2 e le inoltreranno alla Regione secondo il seguente tracciato record:

- Codice ASL
- Codice Struttura erogatrice (modello STS11 DM05/12/2006)
- Codice Struttura erogatrice riportata nel flusso ex art.50
- Durata della sospensione (\*)
- Causa della sospensione (\*\*)
- Codice Raggruppamento oggetto di sospensione (\*\*\*)

(\*) Durata della sospensione – Valori Ammessi:

- 1: durata della sospensione maggiore o uguale a 2 giorni solari e minore o uguale a 7 giorni solari (2gg<= T <=7gg)
- 2: se la durata è maggiore di 7 giorni solari

(\*\*) Causa della Sospensione – Valori Ammessi:

- 1: inaccessibilità della struttura
- 2: guasto macchina
- 3: indisponibilità del personale
- 4: indisponibilità di materiale/dispositivi

(\*\*\*) Codice Raggruppamento – Valori Ammessi:

Utilizzare i codici riportati nella colonna “Gruppo” della tabella riportata nel paragrafo 3.1

#### **6.6.5. Monitoraggio siti web**

La Regione Lazio ha già avviato un progetto di reingegnerizzazione del proprio portale web finalizzato ad una migliore fruizione dei servizi e dei contenuti da parte degli utenti (cittadini, professionisti, altri operatori). In tale ambito è prevista anche un’operazione di omogeneizzazione dei portali delle aziende sanitarie pubbliche che produca una certa uniformità nella localizzazione e nelle modalità di accesso ai contenuti principali. La Regione provvederà a monitorare tanto la correttezza e l’efficacia della comunicazione ai cittadini dei contenuti del presente piano, quanto la periodica pubblicazione dei risultati delle attività di monitoraggio descritte in questo paragrafo 6.4.

#### **6.6.6. Monitoraggio ALPI**

I dati di monitoraggio dell’attività libero-professionale intramoenia vengono raccolti e trasmessi all’Osservatorio nazionale in occasione del monitoraggio ex-ante di cui al precedente punto 6.4.2. La Regione avvierà quanto prima anche procedure ex-post di valutazione dei volumi di prestazioni erogate in tale modalità e dei relativi tempi di attesa. Verranno anche monitorate le interruzioni delle attività in ALPI a seguito delle verifiche sui tempi di attesa dell’attività istituzionale di cui al punto 6.1 del presente piano

#### **6.6.7. Monitoraggio PDT**

Il monitoraggio dei PDT verrà effettuato in modo retrospettivo con cadenza annuale, con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia del SSR, utilizzando i flussi informativi correnti SIAS e SDO, secondo la metodologia e la periodicità definita dall’AGENAS in accordo con le Regioni e Ministero della Salute.

## **7. Iniziative regionali di ICT connesse alle finalità del PRGLA**

Le iniziative regionali di ICT i cui obiettivi sono, in diversa misura, connesse alle finalità del presente piano sono numerose e caratterizzate da diversi stadi di avanzamento. Nel seguito si elencano le principali:

- Reingegnerizzazione del ReCUP.

- Completamento e messa in esercizio del Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) per la prescrizione elettronica, la raccolta e la trasmissione al Governo centrale dei dati sulle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche.
- Sperimentazione e successiva implementazione, in ambiente SAR, della dematerializzazione delle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche
- Estensione a tutte le strutture pubbliche del progetto Lazio Escape per la distribuzione telematica dei referti di laboratorio
- Avvio del Sistema Informativo regionale delle Anatomie Patologiche
- Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino: progettazione e realizzazione delle procedure di alimentazione, gestione e consultazione.

Nell'ambito della realizzazione delle iniziative sopra elencate, ai fini del raggiungimento degli obiettivi del presente piano, è previsto un intervento straordinario di adeguamento dei supporti informatici a disposizione dei poliambulatori pubblici. Il risultato atteso di tale intervento è un significativo incremento del ricorso alla prescrizione elettronica (e, successivamente a quella dematerializzata) da parte degli specialisti ambulatoriali e un corrispondente decremento del carico di lavoro improprio per i MMG e PLS.

## **8. Piani Attuativi Aziendali**

Entro 60 giorni dall'emanazione del Piano regionale le singole Aziende sanitarie, tenendo conto di tutti gli indirizzi in esso contenuti, devono procedere alla stesura e all'approvazione del piano attuativo Aziendale.

Gli elementi che devono caratterizzare i Piani aziendali, e che costituiranno criteri per la valutazione dei Piani stessi e per il monitoraggio periodico circa lo stato d'attuazione delle attività programmate, vengono di seguito sintetizzati:

- 1) Il recepimento degli elenchi di prestazioni per le quali garantire i tempi massimi di attesa secondo la classe di priorità ad almeno il 90% di coloro a cui esse vengono prescritte;
- 2) Il recepimento, per le diverse prestazioni, degli ambiti territoriali di garanzia definiti a livello regionale.
- 3) La previsione di piani di comunicazione multimediale, coerenti con gli indirizzi concordati a livello regionale, indirizzati agli assistiti, ai prescrittori ed agli erogatori.
- 4) Il governo della domanda di prestazioni, attraverso l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione;
- 5) Il monitoraggio del ricorso alla prescrizione elettronica da parte degli specialisti ambulatoriali e la messa in atto di eventuali misure correttive;
- 6) La messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso provvedimenti specifici che regolamentino:
  - l'utilizzo delle classi di priorità,
  - la presenza e l'accuratezza del quesito diagnostico
  - la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli

- la verifica della congruità circa l'uso delle priorità, attraverso audit tra prescrittori ed erogatori;
- 7) La definizione dei modelli organizzativi atti ad assicurare la presa in carico e la gestione attraverso PDT dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari;
- 8) l'adeguamento dei contenuti informativi, il presidio alla completezza ed all'accuratezza dei dati rilevati e la trasmissione sistematica dei flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, con il rispetto dei tempi e delle modalità previste.
- 9) L'eventuale strategia di modulazione temporale della produzione attraverso l'utilizzo di strumenti contrattuali (in attuazione dell'art. 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002).
- 10) L'esplicitazione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non si riesca a garantire l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi di attesa.
- 11) La regolamentazione delle attività ambulatoriali in libera professione rispetto a:
  - la definizione dei corretti rapporti tra i volumi di attività libero professionali e attività istituzionale;
  - i meccanismi e gli organismi di controllo per la verifica e l'applicazione di quanto previsto al punto 6.4 del presente piano.
- 12) L'esplicitazione delle modalità di accesso per le prestazioni programmabili, per le urgenze e per i percorsi di presa in carico, compreso il Day Service ambulatoriale e le relative funzioni di accoglienza.
- 13) La verifica, presso le UU.OO. di ricovero delle strutture a gestione diretta e di quelle accreditate in accordo contrattuale, della presenza e della regolare tenuta delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, in conformità alle Linee Guida prodotte dal Mattone tempi d'attesa.
- 14) La previsione di iniziative di formazione e confronto con i medici prescrittori sui temi dell'appropriatezza prescrittiva (e.g., sulle caratteristiche cliniche da associare alle diverse classi di priorità o sul corretto utilizzo della diagnostica per immagini ad alto costo).

## **9. Policlinici universitari**

I contenuti del presente piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015 saranno inclusi nelle linee guida dei nuovi protocolli d'intesa tra Regione e Policlinici universitari.