

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 25 luglio 2019, n. U00302

Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021.

DECRETO DEL COMMISSARIO *AD ACTA*
(delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

OGGETTO: Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO *AD ACTA*

VISTI per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:

- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- la Deliberazione della Giunta regionale 12 febbraio 2007, n. 66 avente ad oggetto: "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";
- la Deliberazione 6 marzo 2007, n. 149 avente ad oggetto: "Presenza 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";
- l'art. 1 comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il Decreto del Commissario *ad acta* 22 febbraio 2017, n. U00052 avente ad oggetto: "Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale"";
- il Decreto del Commissario *ad acta* 5 luglio 2017, n. U00257 avente ad oggetto: "Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"";
- il Decreto del Commissario *ad acta* 18 luglio 2017, n. U00291 avente ad oggetto: "Integrazione DCA n. U00257/2017 Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"";

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la legge regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s.m.i.;
- il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con la quale il Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del SSR laziale, secondo i programmi operativi di cui

all'art. 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., con l'incarico prioritario di proseguire, nell'attuazione dei programmi operativi 2016-2018 e negli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente;

- la Deliberazione della Giunta regionale 5 giugno 2018, n. 271, con la quale è stato conferito al Dott. Renato Botti, soggetto esterno all'amministrazione regionale, l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTI per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i.;
- la legge 11 marzo 1988, n. 67 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)", con particolare riferimento all'art. 20 "Disposizioni in materia sanitaria";
- il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- il Decreto legislativo 29 aprile 1998, n.124 e s.m.i.;
- il Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;
- il Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i.;
- la legge 8 novembre 2012, n. 189;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- il Decreto del Commissario *ad acta* 7 novembre 2017, n. U00467 avente ad oggetto: "Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione";

VISTO l'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)" che prevede la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* 4 luglio 2013, n. U00313, avente ad oggetto "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. D.M. 18.10.2012";

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* 28 ottobre 2013, n. U00437 avente ad oggetto: "Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015";

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* 18 dicembre 2014, n. U00440 avente ad oggetto: "Nuove Linee guida regionali sull'attività libero – professionale intramuraria";

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* 10 luglio 2014, n. U00299, avente ad oggetto: Riformulazione dell'art. 12 comma 4 delle "Nuove Linee guida regionali sull'attività libero – professionale intramuraria" approvate con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00440 del 18 dicembre 2014;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* 11 aprile 2016, n. U00109, avente ad oggetto: “Adozione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili per l'avvio delle prescrizioni dematerializzate su tutto il territorio della Regione Lazio” e le successive Determinazioni dirigenziali n. G06886 del 16 giugno 2016; n. G16879 del 6 dicembre 2017; n. G14576 del 14 novembre 2018; n. G1439 del 13 febbraio 2019 n. G03404 e del 25 marzo 2019, con le quali sono stati approvati gli aggiornamenti del Catalogo Unico Regionale (CUR) delle prestazioni specialistiche prescrivibili;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* 11 aprile 2017, n. U000110 avente ad oggetto: “Piano Regionale per il Governo delle liste d'attesa 2016-2018. Aggiornamento del Piano regionale 2013-2015 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Criteri per l'individuazione degli ambiti di garanzia. Progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa”;

VISTA l'intesa del 21 febbraio 2019 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 2019-2021, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO l'atto di organizzazione n. G02878 del 14 marzo 2019 avente ad oggetto: “Istituzione di un comitato tecnico costituito dai responsabili unici aziendali per il governo dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e delle liste di attesa e dai responsabili degli uffici ed aree regionali competenti in materia – Istituzione del coordinamento regionale per le liste di attesa. Attuazione piano nazionale di governo delle liste di attesa”;

VISTA la risoluzione della commissione consiliare permanente Sanità, politiche sociali, integrazione sociosanitaria, *welfare* del 25 marzo 2019, avente ad oggetto: “Governo delle liste di attesa”, approvata all'unanimità;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* 30 aprile 2019, n. U00152 avente per oggetto: “Recepimento del "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021"”;

ACCERTATO che, nell'ambito del fondo regionale per la realizzazione di progetti sperimentali per l'abbattimento delle liste d'attesa di cui all'art. 148, comma 4 della L.R. 28 aprile 2006, n. 4 e s.m.i, sussiste una disponibilità di Euro 3.000.000,00;

DATO ATTO che, in data 22 luglio 2019, è stato presentato il piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021 ai direttori generali e sanitari delle aziende sanitarie e ospedaliere, alle organizzazioni sindacali e di categoria, alle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, all'ordine dei medici, alle organizzazioni sindacali delle strutture private accreditate con il SSR e alle associazioni dei pazienti;

TENUTO CONTO delle relative osservazioni pervenute;

RITENUTO di adottare il piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021, allegato al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale (allegato 1);

RITENUTO opportuno dare mandato alle aziende ed enti regionali e del servizio sanitario di dare attuazione a quanto previsto dal presente atto, ciascuno per quanto di competenza;

RITENUTO di dare mandato al Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria di individuare, con proprio provvedimento, gli interventi previsti dall'allegato piano di governo regionale delle liste d'attesa, da finanziare per un importo di Euro 3.000.000,00 tramite

il fondo regionale per la realizzazione di progetti sperimentali per l'abbattimento delle liste d'attesa di cui all'art. 148, comma 4 della L.R. 28 aprile 2006, n. 4 e smi.

DECRETA

sulla base delle motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

- di adottare il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021, parte integrante e sostanziale del presente atto (allegato 1);
- di dare mandato alle aziende ed enti regionali e del servizio sanitario di dare attuazione a quanto previsto dal presente atto, ciascuno per quanto di competenza;
- di dare mandato al Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria di individuare, con proprio provvedimento, gli interventi previsti dall'allegato piano di governo regionale delle liste d'attesa, da finanziare per un importo di Euro 3.000.000,00 tramite il fondo regionale per la realizzazione di progetti sperimentali per l'abbattimento delle liste d'attesa di cui all'art. 148, comma 4 della L.R. 28 aprile 2006, n. 4 e smi.

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

Il presente provvedimento verrà notificato alle Aziende interessate e pubblicato sul B.U.R.L. e sul sito www.regione.lazio.it

NICOLA ZINGARETTI

Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021

1. Introduzione	3
2. Il governo delle liste di attesa 2019-2021: Obiettivi e proposte	4
2.1 Il modello	4
2.2 Gli ambiti di garanzia	4
3. La governance a livello Regionale e Aziendale	6
3.1.1 Cabina di Regia Regionale	6
3.1.2 Comitato Tecnico	6
3.1.3 Osservatori regionale e aziendali	6
3.2 Il ruolo dei cittadini	7
3.3 Il ruolo di committenza delle Aziende Sanitarie Locali	7
3.4 Piano Attuativo aziendale	9
4. Le Azioni	11
4.1 Azioni sulla domanda	12
4.1.1 Appropriately prescrittiva e Informazione ai cittadini	12
4.1.2 L'adozione di sistemi di prioritizzazione	13
4.1.3 La separazione dei canali: "primo accesso" e "accesso successivo"	14
4.2 Azioni sull'offerta	19
4.2.1 La gestione trasparente delle agende	19
4.2.2 Sviluppo del sistema CUP	21
4.2.2.1 La cooperazione applicativa	22
4.2.3 Il potenziamento dell'offerta	22
4.2.4 Percorsi di tutela	22
4.2.5 Il governo della prestazione non eseguita	23
5. Le risorse umane	24
5.1 Libera professione intramoenia	25
6. Monitoraggio	27
7. Prestazioni in regime di ricovero	28

1. INTRODUZIONE

In data 20 febbraio 2019 è stata raggiunta l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 con il quale il Governo, le Regioni e le Province autonome si impegnano ad effettuare azioni che possano avvicinare, in modo più efficace, la sanità pubblica ai cittadini. Le liste di attesa vengono percepite dai cittadini come una forte criticità del Servizio Sanitario Nazionale, tali da compromettere l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Con i nuovi Programmi Operativi 2019-2021, la Regione Lazio ha articolato i propri modelli di intervento in risposta a macro-categorie di bisogni, individuando, in particolare, azioni che rispondono ai bisogni "inattesi" del paziente acuto, che richiedono una capacità di presa in carico reattiva da parte del sistema di cure, ed azioni indirizzate ai bisogni "programmabili" del paziente affetto da patologia cronica, per i quali la Regione (in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità) è chiamata a promuovere la presa in carico globale della persona attraverso la transizione dal modello di attesa a quello pro-attivo, tale da garantire al paziente interventi mirati a rallentare il decorso clinico della patologia e a prevenirvi gli esiti sfavorevoli. L'implementazione dei modelli di risposta a tali bisogni poggia su un efficiente governo delle liste d'attesa e sulla capacità del sistema di assicurare la presa in carico tempestiva ed appropriata del paziente.

Il PNGLA 2019-2021 sottolinea la necessità di individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti i protagonisti del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una reale presa in carico del paziente, a partire dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e l'ampliamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) così come previsti dal Piano Nazionale della Cronicità.

Con i precedenti PRGLA 2013-2015 (DCA 437/2013) e 2017-2018 (DCA 110/2017), nonché attraverso i provvedimenti sui Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), a partire da Diabete e BPCO, la Regione Lazio ha già avviato molte delle azioni e delle modalità organizzative previste dal nuovo PNGLA 2019-2021.

Il presente Piano, in continuità con la programmazione precedente, è redatto in coerenza con i presupposti previsti dai nuovi Programmi Operativi 2019-2021 e dal nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021.

2. IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019-2021: OBIETTIVI E PROPOSTE

2.1 Il modello

L'obiettivo del modello di riferimento è quello di promuovere la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute della popolazione residente, di ridurre l'inappropriatezza, di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti ma anche sui loro doveri.

Il governo delle liste di attesa deve essere affrontato attraverso azioni sull'appropriatezza, sui volumi della produzione e sulle modalità organizzative e di programmazione dell'offerta basate sulla prioritizzazione delle prestazioni.

Le azioni fondamentali che interpretano il modello di riferimento e ne guidano le modalità organizzative sono:

- a) La netta separazione dei canali tra "**primo accesso**" per le prestazioni generate normalmente da un primo contatto tra il cittadino e il sistema sanitario (tipiche dei servizi di cure primarie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta) e "**accesso successivo**" per le prestazioni originate a seguito della presa in carico del cittadino.
- b) L'attivazione dei percorsi per la **presa in carico dei pazienti cronici**, anche mediante specifici PDTA attivabili e prenotabili direttamente dal sistema delle cure primarie ed in collaborazione con le strutture specialistiche.

2.2 Gli ambiti di Garanzia

La "garanzia" del tempo massimo di attesa è un elemento che riguarda direttamente il ruolo di tutela della salute della popolazione residente (o assistita) proprio della ASL: ciascuna Azienda territoriale deve infatti essere in grado di dimensionare e governare la propria offerta al fine di soddisfare la domanda espressa entro i tempi massimi nel rispetto delle priorità; l'obiettivo deve essere quello di assicurare la massima prossimità possibile nell'erogazione delle prestazioni all'utenza, considerando nel contempo la migliore allocazione delle risorse e il contenimento dei costi.

L'ambito territoriale di garanzia viene definito in base alla residenza del cittadino e tale garanzia decade qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta in ambito di garanzia e nel rispetto dei tempi massimi stabiliti. Pertanto, nella fase di prenotazione, deve essere acquisita l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata 'in garanzia'.

L'individuazione degli ambiti territoriali entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità, dipende principalmente dai seguenti elementi:

- dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione
- dimensionamento delle risorse dedicate ai diversi punti di erogazione
- accessibilità dei vari servizi
- domanda 'storica'
- dati di contesto demografico ed epidemiologico dell'area considerata.

Si deve infine tenere conto della tipologia di prestazioni, che possono essere classificate in base al livello di complessità dell'apparecchiatura/strumentazione necessaria all'erogazione e al livello di specializzazione del personale medico coinvolto, e dei centri di riferimento per specifiche patologie, in quanto tali fattori incidono nella ripartizione territoriale:

Vengono individuate quattro categorie di Ambiti Territoriali di Garanzia – ATG:

I. Distrettuale

La maggior parte delle prestazioni specialistiche dovranno essere progressivamente garantite a livello distrettuale con modalità e tempi previsti nell'ambito dei piani aziendali.

II. Aziendale (corrispondente al territorio della ASL). Riguarda tutte le prestazioni per le quali, relativamente alla dislocazione dell'offerta, è opportuno mantenere un livello Aziendale, anche in considerazione del rapporto costi-benefici connessi all'articolazione periferica di risorse e tecnologie. In assenza di ulteriori specifiche aziendali, tutte le prestazioni di media tecnologia ed alcune visite di elevata complessità devono essere garantite a livello di ASL.

III. Sovra-aziendale (corrispondente ad accorpamenti di 2 o più ASL, fino all'intera Regione)

Questo ambito dovrebbe essere riservato alle prestazioni di alta tecnologia e/o alta specializzazione che, a causa dei costi di gestione e per la difficoltà di assicurare livelli di qualità ottimale, non possono essere previsti in ogni ASL o distretto. In questo ambito potrebbero essere, a mero titolo di esempio, collocate le prestazioni di diagnostica strumentale ad elevata tecnologia, quali PET, acceleratori lineari e Risonanze magnetiche, o esami da effettuare in centri di riferimento regionale.

IV. Nazionale. Limitato a particolari prestazioni come ad esempio l'Adroterapia.

Gli ATG potranno essere oggetto di revisioni periodiche in ragione delle variazioni nella domanda, degli indicatori sui tempi di attesa desunti dai sistemi di monitoraggio e dal raffinamento dei metodi di analisi, ma anche dai cambiamenti del quadro dell'offerta e dall'evoluzione delle tecnologie sanitarie.

Nella configurazione delle agende di prenotazione per le prestazioni di primo accesso, che suddivide l'offerta complessiva in base alla classe di priorità indicata, le ASL potranno decidere di riservare gli spazi 'in garanzia' in via preferenziale alla popolazione residente. Tale modalità ha il duplice obiettivo di spingere il cittadino a rivolgersi, almeno inizialmente, all'offerta presente nella propria ASL, in quanto consentirebbe di usufruire della 'garanzia' e di responsabilizzare la ASL di fronte alla propria popolazione di riferimento.

Per le prestazioni ambulatoriali effettuate negli ATG nazionali, e quindi accessibili agli utenti dell'intero territorio nazionale, non è prevista la garanzia assoluta del rispetto dei tempi di attesa (90%) in quanto in questo caso non è possibile individuare un bacino di pertinenza.

3. LA GOVERNANCE A LIVELLO REGIONALE E AZIENDALE

Il governo delle liste di attesa si lega strettamente all'organizzazione del sistema e per questo è fondamentale costruire una *governance* regionale in cui siano coinvolti tutti i responsabili dei processi. Ciò permetterà di avere un monitoraggio continuo ed in tempo reale dei processi e di adottare le soluzioni ritenute più idonee al soddisfacimento dei bisogni di salute delle persone.

A livello locale la responsabilità del governo delle liste di attesa è attribuita al Direttore Sanitario aziendale.

3.1.1 Cabina di Regia Regionale

Al fine di rendere omogenee le azioni da intraprendere su tutto il territorio regionale, viene istituita una Cabina di Regia regionale per il governo delle liste di attesa, con il compito di coordinare le azioni di governo delle liste di attesa, con particolare riguardo alle azioni sovra-aziendali o regionali, supportare le Aziende sanitarie regionali nella definizione e implementazione dei Piani attuativi locali, diffondere informazioni in merito a soluzioni organizzative, tecnologiche o regolatorie adottate o sperimentate per la soluzione di particolari criticità nel governo della domanda o dell'offerta, risolvere eventuali controversie. Entro 60 giorni dall'emanazione del presente Piano Regionale, la Cabina di Regia provvede all'individuazione delle prestazioni erogabili negli Ambiti di Garanzia. La Cabina di Regia è altresì responsabile della valutazione dei Piani Attuativi locali. I componenti sono individuati con apposito atto del Direttore Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

3.1.2 Comitato Tecnico

Il Comitato Tecnico è costituito dai Responsabili Unici Aziendali, nominati dai Direttori Sanitari aziendali, per il monitoraggio del Governo dell'Accesso alle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali e delle Liste di Attesa.

Ferma restando la piena responsabilità del Direttore sanitario aziendale nel governo delle azioni interessate dal presente piano, le funzioni sono quelle di monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni descritte, con particolare riguardo alla trasparenza delle agende, alle modalità di prescrizione e alla prioritizzazione, attraverso l'analisi dei dati dei sistemi informativi correnti e l'esame delle criticità, per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti attraverso appositi indicatori. Il Comitato tecnico raccoglie eventuali segnalazioni di problematiche da professionisti e operatori e provvede a segnalare alla Cabina di regia quelle che richiedono interventi organizzativi, regolatori o di coordinamento.

3.1.3 Osservatorio regionale e aziendale

Al fine di porre in essere un percorso partecipativo al governo delle liste di attesa, con DCA 110/2017 è stato istituito un osservatorio regionale presso la Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria e uno per ogni Azienda sanitaria, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali e le rappresentanze degli utenti maggiormente rappresentative.

Con determina n. G11825 del 30/08/2017 la Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria ha istituito "l'Osservatorio Regionale sulle liste di attesa" stabilendone la composizione e le relative funzioni. Analogamente, in ogni Azienda Sanitaria sono stati istituiti "Osservatori aziendali per il governo delle liste di attesa".

In generale sarà favorito il raccordo tra le attività degli osservatori e gli organismi della rappresentanza professionale e delle associazioni dei pazienti, anche attraverso l'ampliamento dei componenti da definirsi con apposito atto della Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria.

3.2 Il ruolo dei Cittadini

Attori fondamentali nei processi che concorrono alla generazione delle liste d'attesa, i cittadini debbono essere consapevoli delle opportunità e dei servizi di cura ed al tempo stesso responsabili delle modalità di utilizzo. In particolare si ritiene indispensabile avere:

- la conoscenza degli elementi fondamentali di gestione e controllo della propria salute;
- la capacità di un uso attento ed appropriato dei servizi sanitari;
- la conoscenza e la consapevolezza dei propri diritti ad essere curati.

Al fine di raggiungere i predetti obiettivi, la Regione avvierà, in collaborazione con gli organismi partecipativi già definiti e/o in corso di definizione da parte della Regione, un programma di comunicazione ed informazione dei cittadini, mirato a favorire corretti stili di vita, fruizione appropriata dei servizi e finalizzato ad assicurare l'affidamento agli operatori sanitari.

Particolare attenzione sarà inoltre dedicata a favorire interventi volti a migliorare, nell'ambito della *governance* delle liste di attesa, sia gli aspetti organizzativi che quelli inerenti l'umanizzazione delle cure il rapporto tra gli operatori sanitari e la popolazione.

3.3 Il ruolo di committenza delle Aziende Sanitarie Locali

In coerenza con i Programmi Operativi ed al fine di una maggiore focalizzazione nei servizi alla persona, le ASL, in particolare, dovranno recuperare la funzione di committenza (analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con gli erogatori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza, qualità) nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie presenti sul territorio.

Il governo delle liste di attesa, e in generale dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche, si fonda sulla programmazione dell'assistenza erogata dalle strutture presenti nel territorio, ovvero dall'incrocio tra domanda e offerta, coerentemente con la definizione del fabbisogno di prestazioni da soddisfare.

Le Aziende territoriali sono in grado, attraverso l'analisi dei dati dei flussi informativi delle prestazioni, di conoscere e valutare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio (mobilità passiva interaziendale ed interregionale), mentre possono stimare, attraverso indagini ad hoc o utilizzando dati di letteratura, la componente della domanda che, per i lunghi tempi di attesa a causa di un'offerta insufficiente, risulta non soddisfatta dal SSR. Tale domanda può generare il ricorso alla Libera Professione Intramoenia o al privato.

I consumi di prestazioni, rilevati attraverso i flussi informativi correnti, quantificano la domanda soddisfatta dei residenti di un territorio; questi vengono poi confrontati con la produzione complessiva delle strutture ubicate nello stesso territorio (sia pubbliche che private), verificando la capacità di soddisfare la domanda espressa con la dotazione di risorse (umane e tecnologiche) disponibile (grado

di autonomia), considerando anche il saldo di mobilità attiva e passiva interregionale. I dati di mobilità sanitaria sono periodicamente forniti alle ASL dalle strutture regionali competenti.

I consumi di ciascuna popolazione residente vengono, quindi, classificati congiuntamente sia in base al territorio in cui vengono erogati, ovvero in:

- A. Domanda dei residenti soddisfatta entro il territorio aziendale considerato
- B. Domanda dei residenti soddisfatta al di fuori del territorio aziendale considerato (mobilità passiva intraregionale)
- C. Domanda soddisfatta per non residenti (mobilità attiva intraregionale),

che distinguendo per tipologia della struttura erogante:

- I. a gestione diretta
- II. Aziende Ospedaliere (AO, AOU e IRCCS pubblici)
- III. privati accreditati.

E' di primaria importanza una analisi orientata a valutare, insieme alla stima del fabbisogno complessivo regionale, la capacità di soddisfazione della domanda da parte delle varie tipologie delle strutture di ogni territorio e la comparazione fra territori diversi.

Le ASL dovranno effettuare questo tipo di analisi a livello distrettuale, valutando la variabilità degli indicatori utilizzati nel proprio territorio al fine di individuare eventuali squilibri nei consumi, presumibilmente legati a differenze del contesto socio-demografico, del quadro epidemiologico o della distribuzione dell'offerta.

Per la valutazione dell'offerta si dovranno utilizzare anche indicatori sulla dotazione di risorse (personale ogni 1000 abitanti, apparecchiature x 100000 abitanti, etc.), sempre a livello distrettuale.

Le Aziende, a seguito della determinazione del proprio fabbisogno, negoziano con tutte le strutture erogatrici (di diretta gestione, pubbliche terze o private accreditate) volumi di prestazioni critiche coerentemente ai vincoli di budget.

Le Aziende Sanitarie Locali sono chiamate a programmare la propria rete di offerta, per le diverse tipologie di prestazioni, valutando la quota di attività che sono in grado di produrre attraverso le proprie risorse (strutture, personale, apparecchiature), e quella che può essere acquistata dalle Aziende Ospedaliere (AO, AOU, IRCCS pubblici) e dalle strutture private accreditate attraverso specifici accordi di fornitura, e dalle forme organizzative complesse della medicina generale e della specialistica ambulatoriale.

In prima istanza è necessario considerare il grado di efficienza con il quale le proprie strutture producono e pianificare azioni mirate nel caso in cui le risorse, che siano apparecchiature o personale medico o tecnico specializzato, siano sottoutilizzate, facendo riferimento anche ai risultati di progetti regionali per l'analisi dei Livelli Assistenziali (LA).

Le Aziende Sanitarie Locali devono prevedere, almeno per le prestazioni 'critiche', un piano per il recupero di efficienza, attraverso l'ottimizzazione dei turni del personale e dell'uso dei macchinari,

verificando con analisi comparative (*benchmarking*), condotte anche attraverso eventuali elementi informativi forniti dalla Regione, che il livello di efficienza risulti sufficientemente omogeneo, almeno all'interno delle proprie strutture, e comunque in linea con le migliori *performance* delle altre ASL. Il ricorso a prestazioni aggiuntive o alla contrattualizzazione di ulteriori volumi di prestazioni potrà essere contemplato solo dopo aver valutato la possibilità di incremento della produzione delle strutture a gestione diretta attraverso il recupero di efficienza o il ricorso a nuove assunzioni di personale.

Il dimensionamento delle risorse all'interno del territorio deve tenere conto innanzitutto delle strutture a gestione diretta (ospedaliere e territoriali), delle Aziende Ospedaliere (AO, AOU, IRCCS pubblici), attraverso specifici accordi, e l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato, tramite contratti di fornitura. I recenti provvedimenti di budget, coerentemente con quanto sopra riportato, rafforzano il ruolo di committenza delle ASL, che possono, nell'ambito dei tetti massimi di finanziamento stabiliti a livello regionale e delle norme che regolano l'accreditamento, riprogrammare tipologia e volumi di prestazioni da acquistare nell'ambito dei budget da assegnare a ciascun soggetto accreditato.

Elemento essenziale per il governo complessivo dell'accesso a tali prestazioni e il rispetto del tempo massimo di attesa, è il conferimento al sistema regionale di prenotazione (Recup), in base a quanto convenuto negli accordi di fornitura con le Direzioni Aziendali, almeno di tutte le agende relative alle prestazioni 'critiche' da parte delle strutture accreditate, come previsto dal regolamento regionale n.20 (DGR 157/2014), nello schema di accordo/contratto di cui al DCA 243/2019 e conformemente a quanto previsto dalla vigente normativa regionale.

Quindi è necessario che l'intera offerta a disposizione di una ASL, compresa quella derivante da AO, AOU, e IRCCS pubblici, venga resa trasparente e visibile sul sistema di prenotazione regionale: sia quella di tutte le strutture a gestione diretta che quella 'acquistata', mediante accordi contrattuali, dalle altre strutture pubbliche e private accreditate.

L'insufficienza dell'offerta può naturalmente dipendere anche da un eccesso di domanda dovuta a prescrizioni inappropriate. La valutazione periodica dell'appropriatezza nelle prescrizioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali dovrebbe discendere dalle analisi di variabilità territoriale che devono orientare il lavoro delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva distrettuali (CAPD), per individuare le aree di iperprescrizione, quantificando l'inappropriatezza sia clinica sia organizzativa, derivante anche da comportamenti opportunistici od omissivi.

Al fine di consentire una valutazione sull'appropriatezza prescrittiva, la Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria mette a disposizione delle Aziende Sanitarie, e in particolare delle CAPD, dati di letteratura, consumi medi nazionali e regionali, utili alle analisi di *benchmarking*, ivi comprese le informazioni di ritorno sulle iniziative intraprese.

3.4 Piano Attuativo aziendale

Le Aziende Sanitarie Locali predispongono il Piano Attuativo locale in collaborazione con le AO, AOU, IRCCS pubblici insistenti sul territorio di competenza. Si favorisce, altresì, la predisposizione di Piani Attuativi interaziendali, al fine di ottimizzare le azioni sull'offerta e il governo dei tempi d'attesa in situazioni di elevata mobilità interaziendale dei residenti per la fruizione di prestazioni, nonché per favorire il ricorso a strutture di riferimento per prestazioni di particolare complessità.

Entro 60 giorni dalla definizione delle prestazioni oggetto degli Ambiti Territoriali di Garanzia a cura della Cabina di regia regionale, le singole Aziende sanitarie, tenendo conto di tutti gli indirizzi qui 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:

- a) 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;
- b) Il recepimento, per le diverse prestazioni, degli ambiti territoriali di garanzia definiti a livello regionale.
- c) La previsione di piani di comunicazione multicanale, coerenti con gli indirizzi concordati a livello regionale, indirizzati agli assistiti, ai prescrittori ed agli erogatori.
- d) Il governo della domanda di prestazioni, attraverso l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione e della separazione dei canali (*Primo accesso e accesso successivo*).
- e) 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.
- f) La messa in atto di tutte le azioni ritenute utili, sulle apparecchiature di alta diagnostica, per il raggiungimento dello standard di capacità produttiva di almeno l'80%.
- g) La definizione dei modelli organizzativi atti ad assicurare la presa in carico e la gestione della cronicità anche attraverso PDTA, in coerenza con quanto previsto dal Piano Regionale della Cronicità.
- h) L'adeguamento dei contenuti informativi, il presidio della completezza e dell'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.
- i) L'attuazione di percorsi di tutela nel caso in cui l'ordinaria offerta aziendale non riesca a garantire l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi di attesa.
- j) 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 5.1 del presente piano.
- k) 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.
- l) L'informazione ai cittadini circa la responsabilità derivante dall'obbligo di disdettare preventivamente una prenotazione.

- m) La gestione trasparente mediante 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.
- n) 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).

4. LE AZIONI

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene tramite una prescrizione su ricettario nazionale ovvero su ricetta elettronica, redatta dal medico specialista, dipendente o convenzionato, dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta.

La ricetta deve riportare:

- **tipo di accesso**, se si tratta di primo contatto oppure di contatto successivo, quest'ultimo inteso come visita o prestazione di approfondimento, controllo/*follow up*. Per le prescrizioni non dematerializzate il tipo di accesso è individuato dalla valorizzazione della priorità (U,B,D,P) nel caso di primo accesso e dalla spunta del campo "altro" nel caso di accesso successivo al primo;
- **indicazione della classe di priorità** per le prestazioni di primo accesso. Per le prescrizioni cartacee, nel caso non sia indicata nessuna delle due modalità, la prestazione sarà considerata programmata;
- **quesito diagnostico**, con indicazione del codice ICD-IX-CM, che potrà essere meglio esplicitato in un campo descrittivo a disposizione del prescrittore.

La prescrizione della ricetta dematerializzata deve rappresentare, entro il triennio di vigenza del presente piano, la parte più rilevante delle prescrizioni. A tal fine le ASL, AO, AOU, IRCCS pubblici effettueranno una rilevazione dei propri fabbisogni, in termini di dotazione *hardware* (pc e rete) per tendere ad avere il 100% della ricetta dematerializzata. Su tale aspetto dovranno essere assegnati specifici obiettivi di budget a livello aziendale.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale è uno strumento in grado di individuare *ex ante* la filiera assistenziale appropriata in termini sia di prestazioni sia di servizi territoriali e ospedalieri, allo scopo di assicurare prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate in servizi diversi a pazienti, acuti o cronici, con bisogni differenti e diverso grado di complessità. La Regione ha approvato, con DCA 364/2015, le "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo". Di conseguenza, in molte ASL sono stati già attivati diversi PDTA (ad esempio per diabete e BPCO); è opportuno promuovere l'ampliamento dei PDTA ad altre patologie croniche.

Regione Lazio intende sviluppare una cornice metodologica volta a definire criteri di priorità per l'individuazione di PDTA ed informazioni necessarie ad assicurare omogeneità nella loro definizione. Solo i PDTA definiti nel rispetto dei criteri metodologici e dei contenuti previsti dalla Regione,

saranno inseriti nel quadro organizzativo e regolamentare del SSR. Nell'ambito del quadro regolatorio, particolare attenzione sarà, altresì, rivolta a promuovere l'utilizzo e l'aderenza ai PDTA da parte dei professionisti sanitari.

In particolare, per quanto riguarda gli aspetti legati alla organizzazione delle agende, le attività relative ai PDTA dovranno trovare spazio in agende dedicate sia nella fase di approfondimento diagnostico sia nella gestione del *follow up*, anche al fine di distinguere le prestazioni previste dal PDTA da quelle che confluiscono nella gestione ordinaria delle agende. Nei Piani attuativi aziendali dovrà essere previsto il monitoraggio continuo delle agende e dei relativi fabbisogni, al fine di garantire la congruenza tra offerta di prestazioni e necessità assistenziali.

4.1 Azioni sulla domanda

4.1.1 Appropriately prescrittiva e informazione ai cittadini

Un aspetto importante nel governo delle liste e dei tempi d'attesa è dato dalla capacità, da parte del SSR, di promuovere l'utilizzo appropriato dei servizi diagnostici e terapeutici, tenendo conto delle condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Il raggiungimento di questo obiettivo, è possibile mediante:

- il coinvolgimento e la sensibilizzazione degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta;
- l'utilizzo di modelli di governo clinico come ad esempio il sistema RAO, allegato C del PNGLA 2019-2021;
- l'adozione di *Linee guida* e *Protocolli diagnostici*, basati su evidenze di efficienza ed efficacia;
- l'implementazione di PDTA per realizzare una forte integrazione nella rete dei servizi, al fine di superare la frammentarietà del sistema, garantendo equità nei processi;
- l'interconnessione tra le reti regionali avviate, la rete territoriale e la medicina generale con percorsi di presa in carico.

La Regione Lazio promuove il governo clinico della domanda di prestazioni specialistiche, implementando anche l'utilizzo del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), tenendo presente le *Linee Guida regionali per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni 'critiche'*, già adottate con DCA 110/2017, e quelle previste nel PNGLA 2019-21.

Sarà verificata, a livello aziendale, ai soli fini del monitoraggio, l'adozione e il corretto uso delle classi di priorità utilizzando il metodo della concordanza tra specialisti che erogano la prestazione e i prescrittori. L'erogatore indica se ritiene che il codice di priorità indicato sulla prescrizione sia congruo con il problema di salute presentato dal paziente/utente e con le indicazioni delle linee guida in materia. A livello regionale e/o aziendale verranno attivate iniziative di formazione/aggiornamento congiunte tra medici specialisti e medici convenzionati, al fine di potenziare conoscenze e collaborazioni utili a implementare il metodo di concordanza nella prioritizzazione. A tal fine le aziende potranno in essere, sulla base di indicatori e strumenti informativi regionali, percorsi di analisi e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi.

I Piani attuativi aziendali dovranno prevedere programmi di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e le azioni da mettere in campo per aumentarne il livello. Nei programmi dovranno essere specificate le responsabilità, le modalità, i tempi, gli indicatori di valutazione dei processi individuati e le azioni di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi definiti. A tal fine, 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.

In ogni caso, la valutazione periodica dell'appropriatezza prescrittiva nella specialistica ambulatoriale dovrà coinvolgere il lavoro delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali (CAPD), nell'individuare le aree di inappropriatazza, sia clinica sia organizzativa.

Il tipo di accesso e la classe di priorità sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e per il monitoraggio delle liste di attesa. Tali informazioni sono obbligatorie per tutte le prestazioni critiche. Per le prestazioni non critiche l'indicazione delle informazioni sopra citate sarà obbligatoria a partire dal 01/07/2020.

L'indicazione chiara delle sopra citate informazioni nella pratica prescrittiva consentirà ai sistemi di prenotazione (ReCUP e sportelli CUP aziendali) di indirizzare le richieste alle corrispondenti agende configurate per classi di priorità e ICD9-CM.

La Regione avvierà campagne informative per una corretta informazione ai cittadini sui percorsi di accesso, sui codici prescrittivi (U, B, D, P), da divulgare presso tutti gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, le strutture sanitarie pubbliche e private, i siti aziendali e della Regione al fine di rendere edotti i cittadini dei corretti percorsi e dei relativi diritti e doveri derivanti dalla normativa vigente.

E' importante prevedere una corretta informativa ai cittadini sulla tempistica di utilizzo della richiesta specialistica in relazione alla classe di priorità riportata sulla stessa. A riguardo, l'utente con una richiesta di prestazione specialistica potrà effettuare la sua prenotazione, sia tramite *call center* (069939) sia tramite sportello, presso le farmacie autorizzate e gli studi di medicina generale che hanno aderito alla cooperazione applicativa, entro i giorni previsti per l'erogazione della stessa, conteggiati dal giorno successivo all'emissione della richiesta. La classe di priorità riportata sulla richiesta verrà considerata decaduta se l'utente effettuerà la prenotazione oltre il limite di validità della classe di priorità stessa. Va ricordato che i tempi per l'erogazione della prestazione, secondo la classe di priorità riportata (se non considerata decaduta), decorrono dalla data di prenotazione.

4.1.2 L'adozione dei sistemi di prioritarizzazione

Un aspetto organizzativo fondamentale per il governo delle liste di attesa è l'adozione dei sistemi di prioritarizzazione, intesi come:

- l'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base di criteri clinici condivisi;
- la strutturazione, da parte dei soggetti erogatori, delle agende di prenotazione per classe di priorità, così da poter rispondere alle richieste dei prescrittori;
- il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema.

Con il DCA n.211/2016 sono state approvate le Linee Guida regionali per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni 'critiche' che, frutto della collaborazione con le Società Scientifiche dei Medici, forniscono a tutti i prescrittori un valido punto di riferimento per la prioritizzazione e costituiscono un importante strumento di indirizzo per l'attribuzione della classe di priorità ad uso dei medici prescrittori, pur non rappresentando un vincolo.

La classe di priorità e il quesito diagnostico sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa; con il provvedimento di avvio della ricetta dematerializzata (DM 2/11/2011) e il PNGLA 2010-2012 tali informazioni diventano obbligatorie per le prestazioni 'critiche' di primo accesso, come peraltro ribadito dal Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2013-2015. L'utilizzo nella pratica prescrittiva consentirà ai sistemi di prenotazione (ReCUP e sportelli CUP aziendali) di indirizzare le richieste alle corrispondenti agende configurate per classi di priorità.

Viene affidato alla Cabina di Regia Regionale, in collaborazione con la rete dei responsabili aziendali, il compito di promuovere e diffondere l'uso delle Linee Guida monitorandone l'applicazione nella pratica clinica.

Nel frattempo, la Regione partecipa al progetto nazionale "Modello RAO" (*Raggruppamenti di Attesa Omogenei*) coordinato dall'AGENAS per predisporre Linee Guida nazionali per l'attribuzione delle classi di priorità.

Le agende relative alle prestazioni di primo accesso dovranno, entro il 2019, essere tutte configurate per classi di priorità. Le quote da destinare a ciascuna classe andranno diversificate in base alla tipologia di prestazione, ai dati storici delle richieste e attraverso il continuo monitoraggio aziendale dell'attività prescrittiva.

4.1.3 La separazione dei canali: *primo accesso e accesso successivo*

Il Piano Regionale individua, quale aspetto decisivo per la riduzione e il controllo dei tempi di attesa, la capacità da parte del SSR di gestire la domanda attraverso il ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico-terapeutiche.

Nelle prescrizioni devono pertanto essere sistematicamente riportate tutte le informazioni essenziali per la corretta erogazione delle prestazioni e per il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva, così come dal DPCM 12.01.2017 sull'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, artt. 15 e 16 (allegati 4A, 4B, 4C e 4D).

A tale proposito, deve essere sottolineato come la domanda di prestazioni di primo accesso sia completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, dalla domanda di prestazioni di controllo, che rientrano in percorsi di cura più o meno standardizzati riferiti a problemi clinici già definiti, connotando la *presa in carico* dell'assistito. Questa distinzione, qualificata con l'indicazione della "Tipologia di Accesso" a cura del medico prescrittore in qualsiasi struttura operante, consente la separazione dei percorsi assistenziali e impone una diversa organizzazione dei servizi aziendali di prenotazione, assistenza e successivo trattamento delle informazioni.

a) Le prestazioni di “Primo Accesso” sono definite nel modo seguente:

Le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, sono quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al problema di salute posto.

Va considerata come prestazione di primo accesso anche quella richiesta dal medico prescrittore conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito, per le patologie per le quali non sono stati definiti specifici percorsi diagnostico-terapeutici.

I tempi massimi di attesa, per le prime visite/prestazioni, vengono determinati in riferimento al sistema di classificazione, basato sull'assegnazione di classi di priorità, già previsto nel precedente PNGLA 2010-12, recepito dalla Regione Lazio con DCA 437/2013 e aggiornato con DCA 110/2017, tenendo conto delle modifiche apportate dal PNGLA 2019-21.

Le classi di priorità previste e i relativi tempi massimi di attesa ad esse associate sono pertanto:

- **classe U** (urgente), prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **classe B** (urgenza Breve) prestazione da eseguire entro 10 giorni;
- **classe D** (differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- **classe P** (programmabile), prestazione da eseguire entro 180 giorni (diventerà 120 giorni dal 1/1/2020).

Con cadenza almeno trimestrale, LAZIOcrea predispone un report, da inviare alla Cabina di Regia regionale e a tutte le Aziende e a tutti i soggetti che hanno al loro interno personale che prescrive, con la percentuale di prestazioni mancanti della classe di priorità/tipologia di accesso per singolo soggetto prescrittore. Le strutture inviano tale reportistica personalizzata a ciascun prescrittore e predispongono, per il personale dipendente, obiettivi di budget e regolamenti interni che facilitino il rispetto dell'obbligo di indicazione della classe di priorità/tipologia di accesso. Analoga reportistica viene predisposta relativamente alla percentuale di utilizzo della ricetta dematerializzata.

Il rispetto di tali tempi riguarda tutte le prestazioni offerte sia dalle Strutture Pubbliche che dalle strutture Private accreditate.

Il presente Piano, in accordo con il PNGLA 2019-2021, individua le prestazioni ambulatoriali, e quelle in regime di ricovero, che saranno oggetto del monitoraggio e per le quali saranno garantiti i tempi massimi di attesa

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima visita cardiologica	89.7	08	89.7A.3
2	Prima visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima visita endocrinologica	89.7	19	89.7A.8
4	Prima visita neurologica	89.13	32	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02	34	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7	36	89.7B.7
7	Prima visita ginecologica	89.26	37	89.26.1

8	Prima visita otorinolaringoiatrica	89.7	38	89.7B.8
9	Prima visita urologica	89.7	43	89.7C.2
10	Prima visita dermatologica	89.7	52	89.7A.7
11	Prima visita fisiatrica	89.7	56	89.7B.2
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	58	89.7A.9
13	Prima visita oncologica	89.7	64	89.7B.6
14	Prima visita pneumologica	89.7	68	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
Diagnostica per immagini			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC senza e con contrasto Torace	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio-encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio-encefalo senza e con mdc	87.03.1	87.03.1
27	TC del Rachide e Speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del Rachide e Speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del Rachide e Speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del Rachide e Speco vertebrale cervicale senza e con mdc	88.38.2	88.38.D
31	TC del Rachide e Speco vertebrale toracico senza e con mdc	88.38.2	88.38.E
32	TC del Rachide e Speco vertebrale lombosacrale senza e con mdc	88.38.2	88.38.F
33	TC bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RMN de encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RMN di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con mdc	88.91.2	88.91.2
36	RMN di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RMN di addome inferiore e scavo pelvico senza e con mdc	88.95.5	88.95.5
38	RMN della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RMN della colonna in toto senza e con mdc	88.93.6	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco(color) doppler cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovra aortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1

44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia Ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia Ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arteriose e/o venoso		
Altri esami Specialistici			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16; 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Elettrocardiogramma da sforzo con ciclo ergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test vascolari da sforzo	89.44	89.44; 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	Elettromiografia semplice (EMG) per arto superiore. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	Elettromiografia semplice (EMG) per arto inferiore. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e polisonnografia (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	Elettromiografia semplice (EMG) del tronco. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli) associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

- b) le prestazioni di secondo Accesso per Controlli Successivi**, definite per differenza, riguardano le prestazioni erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche (agende di II livello) a pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale.

Si considerano prestazioni di secondo accesso anche quelle prescritte a pazienti cronici, fuoriusciti dai percorsi di presa in carico o in presenza di una riacutizzazione, oppure le prestazioni che lo specialista che eroga la prima visita ritiene opportuno effettuare nell'ambito di un PDTA, a completamento del quadro diagnostico.

Per garantire le prestazioni nei tempi necessari al trattamento di episodi di riacutizzazione di patologie croniche, ancorché ricomprese nell'ambito di quelle di "secondo accesso" per pazienti presi in carico, la Regione intende verificare la possibilità di attivare un codice di priorità dedicato a tale fattispecie, attraverso specifiche modalità di organizzazione delle agende.

Si rimanda al Catalogo Unico Regionale per quanto riguarda la distinzione tra Primo accesso e Controllo successivo in relazione alle Visite specialistiche e il conseguente trattamento da parte dei servizi di prenotazione (vedi nota Regione Lazio prot. n. 549702 del 3/11/2016 "Indicazioni per la corretta compilazione e codifica della ricetta e relativa prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale essenziali il monitoraggio e il governo delle liste di attesa.").

Per le prestazioni strumentali, nel caso si tratti di un Primo accesso, dovrà essere indicata una delle classi di priorità, come sotto riportate, mediante biffatura delle corrispondenti caselle:

U (*Urgente*), **B** (*Breve*), **D** (*Differibile*), **P** (*Programmabile*)

Le prestazioni strumentali che saranno prescritte come Controlli successivi, nell'ambito di follow-up, di percorsi diagnostico terapeutici e in genere di presa in carico di un paziente cronico, potranno essere contraddistinte dal medico mediante biffatura della casella Altro mentre non dovrà essere indicata la classe di priorità.

Conseguentemente, nella stessa ricetta non potranno essere indicate prestazioni di "Primo Accesso" e prestazioni per "Controlli successivi"; in assenza di specifica indicazione (biffatura di una priorità o della casella Altro) la richiesta sarà considerata di Primo accesso con classe di priorità "P".

Questo tipo di richieste devono essere gestite **dal Medico Specialista** della struttura, senza rimandare **al MMG/PLS la prescrizione su ricetta SSN**, realizzando la **presa in carico** dell'assistito. L'organizzazione aziendale deve prevedere **la prenotazione dell'appuntamento, anche oltre l'anno**, direttamente mediante l'accesso al sistema regionale *Recup-web* da parte del prescrittore o indirizzando l'assistito verso lo sportello CUP aziendale, se presente nella struttura stessa, facendo in modo che il paziente non sia costretto a uscire dalla sede o a rivolgersi al ReCUP.

Vale la pena di ricordare che anche tutte le agende riservate ai Follow up, devono essere comunque visibili al sistema ReCUP-

Qualora l'assistito si rivolga comunque al ReCUP per prenotare una prestazione di *Controllo Successivo* la prenotazione viene effettuata sulla quota di agende riservate ai Follow up.

Il Quesito Diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del Medico di effettuare le prestazioni; può essere riportato testualmente facendo riferimento alla

classificazione internazionale delle malattie (ICD9-CM), o con la corrispondente codifica a sei cifre (compreso il punto di separazione: XXX.XX).

L'indicazione del quesito diagnostico per il *Primo Accesso*, o della diagnosi quando si tratta di *Controlli Successivi*, è sempre obbligatoria e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Per adeguare il sistema, le Aziende dovranno ampliare gli spazi di presa in carico creando agende che possano accogliere non solo la domanda interna (*follow-up*, PDTA ecc.), ma anche quella proveniente dai MMG/PLS e, più in generale, da tutti i medici erogatori/prescrittori nelle condizioni sopra descritte.

Sono, invece, sempre escluse le prestazioni di controllo e le prestazioni inserite nei programmi regionali di prevenzione attiva (screening).

Le agende dovranno essere organizzate per codice di priorità all'interno della disciplina, lasciando una quota dedicata alle visite di controllo/*follow up*. Un efficace governo dell'offerta prevede che la quota da destinare alla presa in carico del paziente venga stabilita da ogni ASL, AO, AOU, IRCCS pubblici a seguito di una verifica dei propri fabbisogni e valutazione delle risorse necessarie per la loro soddisfazione.

Le attività di rimodulazione del sistema di prenotazione, fino alla data di implementazione della nuova piattaforma, dovranno seguire le indicazioni di cui alla nota Regione Lazio prot. 97286 del 23/02/2017 (Indicazioni per la corretta configurazione delle agende di prenotazione secondo le classi di priorità in attuazione della Determinazione G18397/2014). A seguito dell'avvio a regime della nuova procedura di prenotazione, la Regione provvederà all'aggiornamento del documento tecnico di configurazione.

4.2 Azioni sull'offerta

4.2.1 La gestione trasparente delle agende

La gestione trasparente richiede la configurazione di tutte le agende per classi di priorità. Funzionale a tale obiettivo è l'adozione di un sistema ReCUP. Nel Lazio è attivo, da molto tempo, il sistema ReCUP, sistema unico di prenotazione per l'intero territorio regionale, che gestisce in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche. Il Sistema è già allineato con le previsioni del PNGLA in merito all'intercettazione di eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente e il conseguente *alert* nell'eventualità che ciò accada.

Il governo del sistema che regola le liste di attesa, non può prescindere dalla gestione trasparente delle agende, che devono essere tutte visibili al ReCUP, sia quelle relative alle strutture pubbliche, sia quelle relative alle strutture private accreditate, anche se riservate e non prenotabili, includendo, quindi, sia quelle per il primo accesso sia quelle per i controlli successivi. Essa inoltre deve riguardare l'attività erogata a carico del SSR e in regime Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI). Tale prescrizione rappresenta obbligo per tutti i soggetti che operano in nome e per conto del SSR.

Il presupposto è che ad ogni prestazione erogata deve corrispondere una prenotazione; ad eccezione degli “Ambulatori Aperti” ai quali si accede senza prenotazione, alle prestazioni di laboratorio analisi, dei consultori, etc.

Per i casi in cui è previsto l’accesso senza prenotazione dovrà comunque essere predisposta un’agenda e registrata l’occupazione della seduta, eventualmente in back office, al fine di non limitare il tempo dedicato alle prestazioni;

Le agende dovranno, entro il 2019, essere tutte configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe ‘P’, con distinzione delle agende riservate a controlli, follow up e percorsi interni. Questi casi devono essere inseriti a sistema comunque con una prenotazione effettuata il giorno stesso (la data di richiesta coinciderà con la data dell’appuntamento) dedicando, anche giornalmente, una quota di posti esclusivi in funzione delle necessità. Tutta l’attività erogata derivante da una prescrizione su ricetta SSR deve essere comunque rilevata attraverso il flusso informativo SIAS, compresa l’attività ALPI sia interna che esterna.

Nel caso in cui la prestazione sia prescritta e prenotata contestualmente, in collegamento ad una prestazione regolarmente prenotata: “Prestazione Derivata” (necessità di approfondimenti diagnostici a seguito di visita, ulteriori consulti, sostituzione di ricette mal compilate, etc.) sono state fornite le specifiche indicazioni per la gestione nel sistema di prenotazione (nota Regione Lazio n. 513386/2016). Questi casi devono essere inseriti a sistema comunque con una prenotazione effettuata il giorno stesso (la data di richiesta coinciderà con la data dell’appuntamento) dedicando, anche giornalmente, una quota di posti esclusivi in funzione delle necessità.

Si ribadisce che i calendari delle agende non possono essere chiusi. Di norma le agende dovrebbero essere lanciate, in modo automatico, senza una scadenza precisa, in modo da consentire anche prenotazioni con attese oltre l’anno, possibili in particolare per i Controlli successivi. E’ altresì vietato il lancio di agende con scadenza inferiore alle 52 settimane (o 365 giorni), fatte salve le agende dedicate a progetti straordinari per l’abbattimento delle liste di attesa con durata limitata nel tempo. Per gli erogatori privati la scadenza annuale del contratto non comporta la chiusura delle agende, fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni contrattuali di budget.

Nel caso di eventi straordinari, non prevedibili e non programmabili, per cui si determini una sospensione dell’attività, ne deve essere data, da parte della Direzione della struttura, comunicazione immediata alla Direzione Regionale (DCA 437/2013), specificando in particolare la durata prevista e le disposizioni date ai Servizi interessati per la protezione delle prenotazioni in essere. (DCA 110/2017).

Al fine di gestire in modo efficiente le agende disponibili si dà indicazione a tutte le strutture di prevedere, nell’attività di prenotazione, un *overbooking* sistematico per consentire la copertura di eventuali rinunce degli utenti non comunicate per tempo. Si considera ottimale un livello di *overbooking* del 20% che potrà comunque essere remunerato attraverso le prestazioni aggiuntive qualora non si verificano assenze nelle sedute prenotate. Tale *overbooking* dovrà essere dinamico per adeguarlo alla reale quota di appuntamenti disattesi, che potrebbe ridursi nel momento in cui l’attesa diminuisca sensibilmente.

A tale proposito va tenuto conto quanto previsto da specifici progetti aziendali stipulati in applicazione delle vigenti disposizioni contrattuali.

Con il presente Piano, tale gestione centralizzata viene allargata anche a tutte le strutture private accreditate, attraverso un inserimento progressivo che si concluderà entro la vigenza del presente Piano (2020).

Nello specifico l'erogatore accreditato farà confluire le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni di RMN e Altra Specialistica (visite ambulatoriali, diagnostica per immagini) di primo accesso secondo classi di priorità così come previsto dal DCA 513 del 24/12/2018.

L'obiettivo finale è che tutte le prestazioni siano tracciate attraverso il sistema ReCUP.

4.2.2 Sviluppo del sistema CUP

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 sono attualmente oggetto di un processo di revisione, a seguito del completamento dell'avvio in esercizio della nuova piattaforma.

Oltre alle funzioni già in uso nell'attuale sistema ReCUP la nuova piattaforma prevedrà l'implementazione di una serie di funzionalità *on-line* che consentiranno al cittadino di ottenere informazioni in tempo reale sull'offerta regionale di specialistica ambulatoriale sia in regime di SSR che ALPI. All'interno del nuovo sistema saranno presenti i flussi necessari all'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), principalmente per l'invio delle informazioni necessarie all'alimentazione dei dati sanitari di ogni singolo cittadino (es. informazioni relative alle prestazioni effettuate o da effettuare, percorsi diagnostico terapeutici in corso).

Il nuovo sistema ReCUP, grazie anche a *web services* specifici, consentirà l'integrazione con i sistemi prenotazione specialistica ambulatoriale di altri erogatori privati, al fine di avere in tempo reale non solo disponibilità a prenotare le agende di questi ma tutta l'offerta da questi erogati in regime di convenzione con il SSN. Sarà quindi possibile su tutte le strutture private accreditate:

- prenotare, modificare e revocare le prestazioni;
- generare e gestire le agende da parte di enti sanitari autorizzati non pubblici;
- utilizzare i sistemi di *Recall*, *Remind* e Promemoria previsti all'interno della Piattaforma;
- invocazione di servizi terzi per inoltrare le prenotazioni eseguite su agende di altri erogatori.

A regime il nuovo RECUP consentirà di registrare, al momento della prenotazione, tutte le prestazioni a carico totale o parziale del SSR (comprese quindi tutte le forme di Attività Libero Professionali) che vengono prescritte e prenotate, che potranno essere successivamente erogate in tutte le strutture pubbliche o private accreditate. Consentirà la possibilità di inserimento anche di tutte quelle prestazioni erogate senza prenotazione, in accesso diretto, la cui registrazione avviene al momento dell'erogazione della stessa o al momento del pagamento della quota al carico dell'assistito, se dovuta.

Dovrà essere individuata una procedura per segnalare al RUA e al Direttore Sanitario aziendale, da parte dei responsabili dei CUP aziendali e del ReCUP, l'assenza di spazi nelle agende degli erogatori.

4.2.2.1 La cooperazione applicativa

La Regione ha sottoscritto, con le organizzazioni sindacali della medicina generale e della pediatria di libera scelta, accordi per la cooperazione applicativa con i sistemi informatici della Regione (DCA 161/2017), per la medicina d'iniziativa e per il governo delle liste di attesa (DCA376/2014, DCA565/2017 e DCA 187/2018). Tali accordi prevedono specifiche azioni per il governo delle liste di attesa a partire dalla presa in carico dei pazienti e alla prenotazione diretta delle prestazioni di primo accesso, attraverso l'utilizzo della cooperazione applicativa che la Regione ha già avviato, a livello sperimentale, presso alcuni distretti.

I prescrittori pubblici, nonché i privati accreditati abilitati all'utilizzo del ricettario regionale, MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali integreranno, a partire dal 01/01/2020, le proprie soluzioni di cartella ambulatoriale/studio medico con i servizi regionali di cooperazione applicativa, laddove non utilizzino direttamente i sistemi messi a disposizione dalla Regione Lazio per la prescrizione informatizzata.

4.2.3 Potenziamento dell'offerta

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, le Aziende Sanitarie, all'interno del Piano Attuativo Aziendale, possono estendere l'orario di effettuazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale anche nelle ore serali, e durante il fine settimana.

Tale prolungamento potrà avvenire sia nell'ambito dell'attività istituzionale sia attraverso il ricorso alle prestazioni aggiuntive previste dai vigenti CCNL dell'area della dirigenza medica, veterinaria, dell'area della dirigenza, del comparto sanitario e degli AA.CC.NN. della medicina convenzionata.

La Regione avvierà percorsi di monitoraggio con le aziende sull'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini, in ambito istituzionale, al fine di ottenere uno standard di almeno l'80% della loro capacità produttiva.

Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie, ovvero ricorrere all'utilizzo di prestazioni aggiuntive.

In ogni caso, i Piani Attuativi aziendali dovranno evidenziare le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle proprie apparecchiature nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

Nei prossimi rinnovi dei protocolli tra la regione e i policlinici e universitari verranno individuate specifiche azioni per il governo delle liste di attesa.

4.2.4 Percorsi di tutela

Nell'ambito degli accordi contrattuali sottoscritti annualmente con le Case di cura, gli Ospedali Classificati, gli IRCCS privati, i Policlinici Universitari Privati e le Aziende Sanitarie di riferimento territoriale, la Regione Lazio ha previsto per la prima volta, a partire dall'anno 2019, un budget "dedicato" alle prestazioni critiche di cui al PNGLA 2019 – 2021 e recepito con DCA 152/2019, per assicurare i percorsi di tutela.

4.2.5 Il governo della prestazione non eseguita

La mancata esecuzione della prestazione, per assenza del paziente, rappresenta un grave danno per il sistema di governo dei tempi di attesa in quanto sottrae una disponibilità ad altri utenti, allungando le liste.

Le Aziende, nell'ambito dei Piani Attuativi aziendali dovranno prevedere campagne di informazione per i cittadini per promuovere la consapevolezza circa la responsabilità derivante dall'obbligo di disdettare tempestivamente una prenotazione, qualunque sia il motivo (perché la prestazione non è più necessaria, perché è stata già effettuata altrove, o perché si è impossibilitati a presentarsi all'appuntamento prenotato). Sono confermate le azioni da porre in essere da parte della struttura competente, ai sensi del comma 15¹, art. 3 del D.Lgs. n.124/1998, nei confronti dei cittadini che utilizzano in maniera non responsabile l'accesso alle prestazioni ambulatoriali attraverso prenotazioni multiple e contemporanee, o la mancata presentazione, senza disdetta, al momento dell'erogazione dell'esame.

Pertanto, 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 della prestazione almeno 72 ore prima della data prenotata, escludendo la domenica i giorni festivi, 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 (es. 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, ivi compreso quello on-line, è tenuto al versamento di un importo corrispondente alla tariffa regionale relativa alla prestazione stessa.

La Regione potenzierà i servizi telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (telefonicamente al ReCUP, via sms, posta elettronica, etc) per consentire agli utenti la possibilità di disdire gli appuntamenti.

In particolare sul foglio di prenotazione devono essere chiaramente riportate le seguenti informazioni:

- i canali 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.

La Regione Lazio metterà a disposizione un servizio di *recall* che consentirà di ricontattare i pazienti che hanno prenotato una prestazione critica (quelle con più lunghi tempi di attesa) per la conferma dell'appuntamento.

¹“L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione”, e comunque si ritiene possibile l'adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali”

L'obiettivo di tale attività consiste nell'ottimizzare l'erogazione delle prestazioni individuando eventuali indisponibilità al fine di reinserire tali appuntamenti nel circuito di prenotazione. Tale processo, già nelle modalità attuali, ha ridotto notevolmente il *no-show*, ottimizzando l'erogazione del servizio di prenotazione e conseguentemente favorendo la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni più critiche.

Il servizio di *recall* si completa, a monte, per tutti i tipi di prenotazioni (anche non critiche) di una attività di *reminder* consistente nell'invio, agli utenti che ne abbiano dato disponibilità, di una email contenente gli estremi della prenotazione ed attraverso la quale il paziente può accedere ad un link che permette la conferma ovvero la disdetta dell'appuntamento.

Pertanto, il servizio di *recall* prevede i seguenti quattro passi operativi:

- per tutte le prenotazioni:
 - Invio Email –
- per le prenotazioni di prestazioni “critiche”:
 - Invio Sms – 10 giorni prima della data di erogazione
 - Contatto utente con chiamata IVR – 5 giorni prima della data di erogazione qualora non vi siano state azioni successive all'SMS inviato
 - Contatto telefonico – 3 giorni prima della data di erogazione qualora non vi siano state azioni successive al contatto IVR.

Infine, pare opportuno dare indicazioni a tutte le strutture di prevedere, nell'attività di prenotazione, un *overbooking* sistematico per consentire la copertura di eventuali rinunce degli utenti non comunicate per tempo. Le prestazioni in *overbooking* potranno anche essere remunerate attraverso le prestazioni aggiuntive qualora non si verificano assenze nelle sedute prenotate. Tale *overbooking* dovrà essere dinamico per adeguarlo alla reale quota di appuntamenti disattesi, che potrebbe ridursi nel momento in cui l'attesa diminuisca sensibilmente.

5. LE RISORSE UMANE

Nella gestione delle risorse umane possono essere individuati strumenti e metodologie che incidono sia sul personale dipendente del SSR sia sul personale convenzionato, quali i medici della specialistica ambulatoriale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

E' necessario che le Aziende Sanitarie si approccino alla programmazione delle assunzioni tenendo conto delle criticità relative a quelle specializzazioni che maggiormente generano liste di attesa lunghe e dilatate nel tempo.

Le Aziende dovranno prevedere tra gli obiettivi aziendali finalizzati alla retribuzione di risultato, ai sensi dell'art 56 del CCNL 3/11/2015 per l'area della Dirigenza medica e dell'art 51 3/11/2005 del CCNL per l'area della dirigenza sanitaria, dell'art. 39 dell'ACN della specialistica ambulatoriale e dell'art. 81 del CCNL 22/5/2018 (per il personale del Comparto), l'inserimento di tutte le agende ambulatoriali nel sistema ReCUP, comprese quelle relative alla libera professione intramuraria, e la riduzione dei tempi di attesa, laddove si sono rilevate criticità.

5.1 Libera professione intramoenia

In rapporto alla libera professione intramoenia, si fa riferimento a quanto previsto dalla legge n. 120/2007 e s.m.i. (in particolare il d.l. n. 158/2012 convertito con modifiche nella legge n. 189/2012) nonché dalla normativa contrattuale della Dirigenza medica e veterinaria e dell' Area della Dirigenza Sanitaria (tornata contrattuale 08/06/2000), in particolare:

- obbligo di adozione, senza nuovi o maggior oneri per la finanza pubblica, di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale;
- obbligo di prevedere un monitoraggio, mensile, aziendale dei tempi di attesa relativo alle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati, attivando anche meccanismi di riduzione dei medesimi. Devono essere adottate azioni sinergiche per allineare i tempi medi di erogazione delle prestazioni rese in attività istituzionali rispetto ai tempi medi di quelle rese in libera professione intramoenia, in maniera da assicurare che il ricorso a questa discenda dalla libera scelta dell'utente e non sia prodotta da carenze organizzative dei servizi resi in attività istituzionale;
- obbligo per le Aziende Sanitarie di predisporre un piano aziendale, riferito alle singole unità operative, concernenti i volumi di attività istituzionali ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia.
- obbligo di assicurare adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale nonché all'attività libero professionale;

In merito alla attività libero professionale e alla gestione delle liste d'attesa, si richiamano i seguenti indirizzi cui devono attenersi le Aziende e gli Enti del SSR:

- l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'azienda, deve prevedere per il cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le aziende sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste d'attesa dei servizi interessati, concordare con l'equipe, ai sensi dell'art. 55, comma 2 lett. d) del CCNL 8/6/2000 dell'Area della Dirigenza medica veterinaria e dell'Area della Dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre fuori dall'orario di lavoro istituzionale;
- Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art.55 comma 2 suindicato, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste d'attesa; tale strumento può essere utilizzato solo dopo aver fatto ricorso agli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'art. 1 comma 4 della legge 120/2007 e s.m.i, nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità

temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali;

- In caso di superamento del rapporto tra l'attività libero professionale e attività istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, le aziende devono attuare una strategia di progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali, ridefinendone le proporzioni, anche prevedendo la sospensione dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Qualora gli strumenti sopra richiamati non producano gli effetti previsti in tema di gestione delle liste di attesa, le aziende potranno mettere in atto ogni azione di tipo organizzativo prevista dalla normativa vigente compresa la possibilità di sospendere l'attività libero professionale intramuraria nel caso in cui siano ravvisate specifiche responsabilità dei professionisti.

Le Aziende debbono vigilare sulla corretta gestione dell'attività in ALPI, in accordo con i regolamenti aziendali approvati, quest'ultimi allineati alle disposizioni nazionali e regionali.

Con l'avvio in produzione della nuova piattaforma ReCUP non sarà consentito alle Aziende l'uso di software alternativi alla procedura regionale di prenotazione. Le Aziende sono comunque tenute all'obbligatorietà di comunicare i dati essenziali sull'attività intramuraria e "allargata" specialistica e di ricovero, attraverso i flussi correnti Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica (SIAS).

Con il presente provvedimento, si dispone che la somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista, prevista dall'art.2, comma 1, lettera e) secondo periodo della Legge 189 del 8 novembre 2012, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, deve essere vincolata prioritariamente, dal competente ente o azienda del Servizio Sanitario Regionale che è tenuto a trattenerla, agli interventi richiamati nel presente provvedimento.

L'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome in data 18 novembre 2010 (rep. atti. n. 198/CSR) ha affidato a quest'ultime il compito di stabilire le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale, al fine di rilevare i volumi prestazionali (istituzionali e libero-professionali), nonché le modalità di controllo dell'insorgenza del conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale, definendo anche le relative misure sanzionatorie. Nell'ambito delle attività di verifica previste, la Regioni sono tenute ad istituire appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti. L'intervento di queste ultime organizzazioni arricchisce e caratterizza il processo di verifica, introducendo il punto di vista essenziale dei fruitori del servizio e offrendo una visione alternativa in grado di contribuire ad una migliore strutturazione e valutazione delle attività.

La Regione Lazio con DCA 114 del 04.07.2012 e successivo n. 440 del 18/12/2014 ha costituito , senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale, un apposito organismo paritetico, denominato Commissione Paritetica Regionale, composto da rappresentanti della regione Lazio e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e

sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti, col compito di:

- a) Valutare l'attivazione dell'A.L.P.I. sul territorio regionale;
- b) Rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale e all'attività libero professionale, nonché l'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale
- c) Intervenire sui Direttori Generali in caso di mancata o insufficiente applicazione dell'A.L.P.I.;
- d) Esprimere il proprio parere sulle integrazioni o modificazioni delle linee guida regionali.

6. MONITORAGGIO

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

a) Monitoraggio ex-post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

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 implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. Ai fini di tale monitoraggio saranno obbligatori nel flusso di trasmissione i seguenti campi: data di prenotazione, data di erogazione della prestazione, tipo di accesso, classe di priorità, garanzia dei tempi massimi, codice struttura che ha evaso la prestazione (codice struttura erogante).

La Regione Lazio ha predisposto , un sistema di rilevazione dei tempi di attesa (TDA) con un portale web www.salutelazio.it/monitoraggio-tempi-di-attesa, accessibile a tutti senza obbligo di registrazione, che monitora ogni settimana le visite e gli esami diagnostici. I dati riportati si riferiscono alle prime visite e agli esami strumentali, diviso per classe di priorità: urgente, breve e differibile. Per ogni prestazione viene indicata la percentuale di prenotazioni effettuate con tempo di attesa entro gli standard regionali: vengono presentate le ultime tre rilevazioni settimanali, con possibilità di visualizzarne un numero massimo di cinque. L'indice TDA (rapporto tra il numero delle prenotazioni evase nei tempi prestabiliti rispetto al numero totale delle prenotazioni) varia in tempo reale a seconda della selezione effettuata.

Inoltre è stato predisposto un sistema automatico di invio di report specifico per singola azienda sanitaria che giornalmente informa i Direttori Generali sull'indice TDA ottenuto nella propria struttura il giorno precedente, con riepiloghi settimanali e mensili.

b) Monitoraggio ex-ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

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.

c) Monitoraggio attività di ricovero

Questo monitoraggio continuerà ad essere effettuato, per i ricoveri programmati indicati al punto 3.2 del PNGLA 2019-2021, attraverso il flusso informativo SDO inviato al NSIS.

d) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

In adempimento a quanto previsto nel PNGLA 2010-2012, con cadenza semestrale, vengono monitorate le sospensioni relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio incluse PNGLA 2019-2021, 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, ovvero non siano presenti altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. 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. Il DCA 437/2013 riporta le modalità ed i contenuti informativi-tecnici relativi alla compilazione delle sospensioni indicate.

e) Monitoraggio PDTA

Il monitoraggio dei PDTA verrà effettuato in modo retrospettivo con cadenza annuale, con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia del SSR, utilizzando i flussi informativi correnti, secondo la metodologia individuata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'osservatorio nazionale sulle liste di attesa.

f) Monitoraggio ALPI

I dati di monitoraggio delle attività libero-professionali intramoenia vengono raccolti e trasmessi all'Osservatorio Nazionale in occasione del monitoraggio ex-ante.

L'AGENAS effettua il monitoraggio delle prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e relativi tempi di attesa. L'AGENAS trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'Osservatorio nazionale.

g) Monitoraggio siti WEB

La Regione Lazio ha 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, mediante sito web, 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.

7. PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Per tutti i ricoveri programmati la Regione Lazio prevede l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del

PNCTA 2006-2008, del PNGLA 2010-2012 e del PNGLA 2019 – 2021 di cui alla tabella sotto riportata:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
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.
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 di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
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.
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.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata, a livello di ogni singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, saranno comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Le Aziende Sanitarie al fine di rispettare i tempi previsti di erogazione delle prestazioni di ricovero, in classe A, potranno, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. D del CCNL 08/06/2000, incrementare le attività concordate con le équipes con prestazioni aggiuntive. Inoltre, le Aziende Sanitarie per garantire il requisito di trasparenza presentano sul sito Aziendale il Monitoraggio dei tempi d'attesa dei ricoveri.

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente. Le Aziende dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, favorendo processi di deospedalizzazione e intervenendo sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media.

Nella tabella che segue è rappresentato l'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio con i relativi ICD-9-CM:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0

2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

Per quanto riguarda i ricoveri programmati è strettamente necessario che avvengano nel corretto *setting* assistenziale in relazione alla clinica, al fine di garantire “l’appropriatezza erogativa” della prestazione. Ciò si può realizzare implementando altre modalità di erogazione quale il Day Service

Ambulatoriale (DSA), oppure rispettando i diversi regimi di assistenza da quello ordinario (implementando la *week surgery*) a quello diurno (implementando il DSA).