



# Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. del **Proposta n. 4794** del 15/03/2017

**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.

**Estensore**

PAPINI PAOLO

**Responsabile del Procedimento**

PAPINI PAOLO

**Il Dirigente d'Area**

V. MANTINI

**Il Direttore Regionale**

V. PANELLA

**Si esprime parere favorevole  
Il Sub Commissario**

G. BISSONI

**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.**

## IL 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;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-regioni;
- 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 L. 29 novembre 2007, n.222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00052 del 22 febbraio 2017 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" ;*

### **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 successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, con cui l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato *sub* commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la Deliberazione di giunta regionale n. 723 del 14 dicembre 2015 di nomina del dott. Vincenzo Panella Direttore della Direzione Salute e Politiche sociali;
- Il Decreto Dirigenziale n. G15681 del 22/12/2016, di delega al Dott. Valentino Mantini, Dirigente dell'Area Cure Primarie, ai sensi degli articoli 164 e 166 del r.r. n. 1/2002, per l'adozione di atti indifferibili ed urgenti della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, a decorrere dal 1^ gennaio 2017 e per la durata di sei mesi, in caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore della Direzione regionale medesima;

### **VISTI per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:**

- Il Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge n.833/1978 e s.m.i.;
- 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 n. 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;
- D. Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i.;

- il DPCM 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, e s.m.i.
- La Legge n.189 dell'8/11/2012;
- l'Intesa Stato- Regione Province autonome del 10 luglio 2014, rep. N. 82/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014 –2016;
- il 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 DCA n. U00606 del 30/12/2016 di istituzione delle ASL “Roma 1” e “Roma 2”, di soppressione delle ASL “Roma A”, “Roma B”, “Roma C” e “Roma E” e di ridenominazione delle ASL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6”;

**e per quanto riguarda le norme in tema di governo delle liste d’attesa e di dematerializzazione della ricetta cartacea**

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

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

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

**VISTO** il Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 2 novembre 2011 - “Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all’articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)”;

**VISTA** l’Intesa del 19 febbraio 2015, ai sensi della Legge n. 120 del 3 Agosto 2007 art.1 comma 4bis, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente i criteri per la verifica del programma sperimentale per lo svolgimento delle attività libero professionali intramuraria, presso gli studi professionali collegati in rete;

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

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 28 ottobre 2013, n. U00437 - Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015.

**VISTO** il Regolamento regionale 22 Luglio 2014 n. 20 (BUR 24 Luglio 2014 n.59) - Modalità di integrazione nel sistema di prenotazione unico regionale (ReCUP) delle agende delle prestazioni specialistiche erogate dalle strutture private e/o classificate accreditate istituzionalmente (Legge regionale 22 aprile 2011 n. 6).

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

**VISTO** il DCA n. 191 del 14/05/2015 “Approvazione del Documento Tecnico "Programmi di Screening Oncologici nella Regione Lazio”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta n. U00299 del 1 luglio 2015, 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, recante “Adozione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili per l’avvio delle prescrizioni dematerializzate su tutto il territorio della Regione Lazio” e la successiva Determinazione dirigenziale della Direzione Salute e Politiche sociali n. G06886 del 16 giugno 2016 “Approvazione della versione aggiornata del Catalogo Unico Regionale (CUR) delle prestazioni specialistiche prescrivibili”;

**VISTO** il DCA n. 113 del 11 aprile 2016 “DCA 7 ottobre 2015 n.474; Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per BPCO e Diabete – prestazioni prescrivibili”;

**VISTO** il DCA 211 del 10 Giugno 2016 “DCA 28 ottobre 2013 , n.437 ‘Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2013-15’. Approvazione delle Linee guida per l’attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale.” e la successiva nota prot. 405269 del 1/08/2016 “Disposizioni attuative del DCA n.211/2016 – Linee Guida per l’attribuzione delle classi di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale”;

**VISTA** la nota prot. 505694 del 10/10/2016 “Avvio ricetta dematerializzata per prestazioni specialistiche”;

**VISTA** la nota prot. 549702 del 3/11/2016 “Indicazioni per la corretta compilazione e codifica della ricetta e relativa prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale essenziali per il monitoraggio e il governo delle liste di attesa.”;

**VISTO** il DCA 321/2016 che definisce il Livello Massimo di Finanziamento per l’assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da parte delle strutture private accreditate, e assegna alle ASL il compito di definire i budget degli erogatori del proprio territorio esercitando la funzione di committenza aziendale;

**VISTO** inoltre che il suddetto decreto, in accordo con il DCA 324/2015, stabilisce che l’erogatore accreditato dovrà mettere a disposizione le proprie agende nei tempi e nei modi previsti dalla normativa vigente e assumendo come riferimento il volume indicato dai Direttori Generali, frutto della programmazione dagli stessi effettuata;

**VISTA** la nota regionale prot. 233778/2016 laddove indica che “l’esercizio della funzione di committenza a livello aziendale (...) garantisce il rispetto delle competenze, consente la valutazione concreta dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie e la massimizzazione del beneficio sociale di allineare ed orientare più efficacemente l’offerta di attività sanitarie consentite dalla programmazione regionale con la domanda degli assistiti, determinando l’acquisto di prestazioni che meglio soddisfano le esigenze del territorio in termini di accesso e di governo delle liste di attesa”;

**RITENUTO OPPORTUNO**, così come disposto dal Decreto n. 440/2014, dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende, nella predisposizione del Piano, di verificare che l’esercizio dell’attività libero professionale non si ponga in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell’Azienda, e di assicurare in modo trasparente un corretto ed equilibrato rapporto tra le due modalità di erogazione in termini di volumi di attività, orario e rispetto dei tempi di attesa, attraverso la previsione di sistemi di verifica strutturati e continuativi, coordinati a livello regionale;

**RITENUTO** altresì opportuno, come disposto dal Decreto 437/2013, che, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello libero professionale, le Aziende

sanitarie provvedano alla riduzione e/o sospensione dell'attività libero professionale in quelle unità operative in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino quelli previsti dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 di cui al punto 3 del piano regionale;

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

**CONSIDERATO** che il DCA 440/2014 in accordo al DCA 437/2013 prevede che *“la prenotazione delle prestazioni erogate in Attività Libero Professionale Intramoenia (ALPI) deve essere effettuata attraverso una delle articolazioni del sistema regionale ReCUP”* e che i pagamenti dell'attività erogata presso studi esterni all'Azienda debbano essere tracciabili;

**ATTESA** la necessità di garantire la tracciabilità delle prestazioni rese in regime di libera professione intramoenia, sia interna che esterna, e allo stesso tempo facilitare le Aziende nella gestione degli appuntamenti e nella rendicontazione delle spese;

**CONSIDERATO** inoltre opportuno consentire l'uso di software di gestione dell'ALPI diverso dal ReCUP, ferma restando l'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 ambulatoriale (SIAS);

**RITENUTO** che nel corso del 2016 molte delle azioni previste dal precedente Piano sono state avviate o portate a compimento, ma che la complessità del governo delle liste di attesa impone una riprogrammazione e uno sviluppo delle azioni previste, fermi restando i principi e gli obiettivi di cui al PRGLA 2013-2015 non modificati dal presente aggiornamento;

**CONSIDERATO** prioritario intervenire sulle liste di attesa attraverso alcune azioni strategiche di cui al Decreto del Commissario ad acta n. U00052 del 22 febbraio 2017 sui Programmi Operativi 2016-2018:

- ribadire la funzione aziendale di programmazione dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche per la propria popolazione e la gestione efficiente delle risorse disponibili;
- rafforzare il ruolo di committenza delle Aziende Sanitarie Locali nei confronti dei soggetti erogatori privati accreditati al fine di contrattare la tipologia e il volume di prestazioni da acquistare per i propri residenti, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento assegnati, e da conferire al sistema di prenotazione regionale;
- la gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI;
- l'adozione di 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.
- la realizzazione della “presa in carico” del paziente cronico secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, che si completa con la responsabilità, per la struttura che ha in carico il paziente cronico, di provvedere alla prenotazione delle prestazioni “di controllo”;
- raggiungere, per le prescrizioni di primo accesso prioritarizzate, gli standard di risposta entro i tempi massimi indicati a livello nazionale (90%), con riferimento agli ambiti territoriali di garanzia.

**CONSIDERATO** pertanto che appare opportuno, in relazione a quanto sopra esposto, provvedere ad aggiornare il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2013-2015, con il documento “Aggiornamento del Piano regionale 2013-2015 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Criteri per l'individuazione degli Ambiti di garanzia.” parte integrante e sostanziale del presente atto (allegato 1);

**RITENUTO** pertanto opportuno, nell'ambito del governo complessivo dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, differenziare i percorsi per la cronicità e la presa in carico che rientrano negli interventi di assistenza programmati previsti dai PDTA di cui al citato DCA n.113/2016, così come le attività di prevenzione prevista dal Programma regionale di Screening Oncologico di cui al citato DCA n. 191/2015;

**PRESO ATTO** altresì che nonostante il miglioramento registrato nel corso dell'ultimo anno in cui si è passati dal 50,1% al 62,2% delle prestazioni erogate nei tempi previsti dal PNGLA e PRGLA relativamente ai tempi di attesa permangono le criticità in merito al rispetto delle soglie massime stabilite dalla normativa regionale e nazionale;

**RITENUTO** pertanto necessario avviare interventi mirati all'abbattimento delle Liste di attesa per ricondurre i tempi di attesa entro i limiti posti dai Piani regionali e nazionali, in prima istanza per le prestazioni individuate come 'critiche';

**TENUTO CONTO** in particolare delle numerose segnalazioni dell'utenza e allo stato delle liste di attesa riguardo alle prestazioni di diagnostica strumentale con particolare riferimento agli esami ecografici, nonché alle visite specialistiche,

**RITENUTO** pertanto opportuno avviare progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa sulle prestazioni di Ecografia, comprese nell'elenco di cui al PRGLA 2013-2015, e alle Visite Specialistiche, queste ultima anche mediante l'attivazione di 'ambulatori aperti' con accesso senza prenotazione in ogni distretto sanitario;

**CONSIDERATO**, per quanto sopra detto, necessario realizzare i progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa per gli esami Ecografici e le Visite Specialistiche, così come previsto dai documenti allegati n. 2a e 2b, che formano parte integrante del presente provvedimento;

**RITENUTO** che le Direzioni aziendali debbano predisporre e trasmettere, secondo quanto stabilito nel presente provvedimento, i Progetti per la realizzazione degli interventi di cui agli allegati 2a e 2b;

**PRESO ATTO** che, in base alle attuali statistiche, comunicate dalla competente struttura regionale, sulle chiamate ricevute dal numero verde RECUP 803333, si riscontrano difficoltà nella prenotazione degli esami da parte degli utenti;

**CONSIDERATO** che, in relazione agli interventi summenzionati per l'abbattimento delle liste, è atteso un incremento delle chiamate al n. verde RECUP, ed è opportuno promuovere e realizzare un'eventuale azione utile all'adeguamento del servizio;

**CONSIDERATO** quanto previsto dalla normativa vigente in materia di contratti e di accordi collettivi nazionali per le modalità prescrittive;

**RITENUTO** opportuno che le Direzioni aziendali provvedano all'aggiornamento dei Piani attuativi aziendali per il governo delle liste di attesa in relazione a quanto riportato nel presente provvedimento, con particolare riferimento ad una prima definizione degli ambiti territoriali di garanzia e del fabbisogno aziendale, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;

**CONSIDERATO** altresì opportuno, per il monitoraggio degli obiettivi previsti dal nuovo Piano, istituire Osservatori Regionali per il Governo delle Liste di attesa, presso la Direzione Regionale e le Aziende sanitarie, la cui composizione e le cui funzioni saranno disposte con apposito successivo atto;

## DECRETA

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

1. di approvare il Piano Regionale per il Governo delle Liste di attesa (PRGLA) 2016-2018 parte integrante e sostanziale del presente atto, contenente:
  - il documento “Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2016-2018. Aggiornamento del Piano regionale 2013-2015 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Criteri per l’individuazione degli Ambiti di garanzia” (**allegato 1**);
  - i Progetti straordinari per l’abbattimento delle Liste di attesa sugli esami ecografici e sulle visite specialistiche che presentano maggiori criticità nelle attese, di cui agli **allegati 2a e 2b**;
2. di assegnare alle Direzioni aziendali delle ASL:
  - 60 giorni, dalla data di notificazione del presente provvedimento, per adottare e trasmettere alla Direzione Regionale l’aggiornamento del piano attuativo Aziendale, con particolare riferimento ad una prima definizione degli ambiti territoriali di garanzia, per le prestazioni ‘critiche’ di specialistica ambulatoriale previste dal PNGLA, nonché del fabbisogno aziendale di specialistica ambulatoriale;
  - 30 giorni, dalla data di notificazione del presente provvedimento, per trasmettere alla Direzione Regionale i Progetti aziendali per la realizzazione degli interventi di cui al punto 2, con i dettagli operativi per la l’attivazione e una valutazione dei tempi e dei costi;
3. di autorizzare l’uso di software di gestione dell’ALPI, anche di tipologia differente al ReCUP, che consenta una maggiore facilità di gestione degli appuntamenti e rendicontazione delle spese, purchè venga garantita dall’Azienda la tracciabilità delle prestazioni rese, sia in spazi interni che esterni all’azienda stessa, attraverso la trasmissione dei dati nei flussi informativi correnti SIO e SIAS.
4. di dare mandato ai competenti uffici regionali di monitorare per tutto il 2017 la trasmissione dei dati dell’attività di libera professione, sia di ricovero che ambulatoriale, nei flussi SIO e SIAS, verificandone la corrispondenza con i dati di contabilità trimestrale trasmessi dalle Aziende;
5. di dare mandato alla Direzione Regionale Salute e Politiche sociali per l’attuazione di tutti gli interventi di cui presente provvedimento, ivi compresa la destinazione dei fondi specifici per l’attuazione del progetto di cui agli allegati 2a e 2b e per l’eventuale adeguamento del servizio di prenotazione (n. Verde 803333).
6. di istituire Osservatori sulle liste di attesa, presso la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali e nelle Aziende sanitarie, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali e le rappresentanze degli utenti maggiormente rappresentative le cui composizioni e le funzioni attribuite saranno disposte con apposito successivo atto;

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

Il presente provvedimento verrà notificato alle Aziende interessate e pubblicato sul B.U.R.L. e sul sito [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it).

NICOLA ZINGARETTI

## Allegato 1

### **Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2016-2018. Aggiornamento del Piano regionale 2013-2015 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Criteri per l'individuazione degli Ambiti di garanzia.**

#### **Premessa**

La Regione Lazio ha definito le principali linee di intervento in materia con il "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2013-2015" approvato con il DCA n. U00437/2013 a seguito del quale tutte le Aziende Sanitarie hanno adottato i propri piani attuativi. E' stato pertanto avviato il percorso per la definizione di regole e strumenti per consentire il governo delle liste di attesa e l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

Il percorso tracciato dai precedenti provvedimenti e in particolare dalla normativa nazionale, poneva alcuni obiettivi intermedi considerati indispensabili per portare a compimento il Piano complessivo. In questo senso il PRGLA, approvato con DCA 437/2013, ha posto alcuni principi per l'azione regionale riaffermati in questo documento di aggiornamento del Piano regionale valido per il triennio 2016-2018.

Il lavoro svolto dalla Task Force (istituita con DGR n. 482/2014 e s.m.i.) ha consentito di tracciare le linee programmatiche per il governo delle liste di attesa per l'anno 2016. Tali linee rappresentano la base per l'aggiornamento del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa.

#### **Linee di intervento**

Il presente Piano in continuità con la programmazione precedente è redatto in coerenza con quanto contenuto nel DCA 59/2017 dei Programmi Operativi 2016-2018.

##### **1. adozione di *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 forniscono a tutti i prescrittori un valido punto di riferimento per la prioritarizzazione, frutto della collaborazione con le Società Scientifiche dei Medici, 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 Direzione 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. La Regione ha avviato nel 2016 un percorso di presentazione e formazione sulla prioritizzazione nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale.

Tale formazione dovrà continuare nel corso del 2017 anche per raccogliere un ritorno da parte degli utilizzatori sulle problematiche nella pratica quotidiana, ai fini dell'aggiornamento periodico e della graduale estensione alle altre prestazioni. Inoltre la Regione partecipa ad un progetto nazionale 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 2017, 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, secondo 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).

2. *netta **separazione dei canali** per le diverse tipologie di accesso, garantendo sistemi di prenotazione basati su criteri di priorità per il Primo accesso, anche direttamente utilizzabili dai medici prescrittori; nel caso di controlli successivi, si realizzerà la "presa in carico" del paziente cronico (anche neo-diagnosticato) secondo i percorsi diagnostico-terapeutici, con la prenotazione delle prestazioni "di controllo" da parte del medico e/o della struttura;*

Il Piano Regionale individua come aspetto decisivo per la riduzione e il controllo dei tempi di attesa la capacità da parte del SSR di gestire la domanda di prestazioni 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 previsto dall'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 7 settembre 2016, rep. N. 157/CSR concernente lo schema di DPCM 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, alla 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 con l'indicazione della "Tipologia di Accesso", a carico 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 sistema relativamente al problema di salute posto. Sono prestazioni di 1° accesso anche quelle che lo specialista che osserva per primo il paziente richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l’approfondimento del quesito diagnostico. Per i pazienti con diagnosi già definita, ovvero affetti da malattie croniche, si considera lo stesso come primo accesso la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva.”*

Va considerata come prestazione di primo accesso anche quella richiesta dal Medico di Medicina Generale conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito.

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

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 per 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:

- *Urgente (biffare la casella ‘U’), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore – prenotazione attraverso il servizio Dr CUP con numero dedicato (800986867), contattando il call-center regionale, direttamente al momento della prescrizione;*
- *Breve (biffare la casella ‘B’) da eseguire entro 10 giorni;*
- *Differibile (biffare la casella ‘D’), da eseguire entro:*
  - 30 giorni per le visite*
  - 60 giorni per le prestazioni strumentali;*
- *Programmabile (biffare la casella ‘P’), prestazione da eseguire comunque entro 180 giorni*

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” e 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 debbono 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 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 ad uscire dalla sede o a rivolgersi al 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 'Ritorni'.

A tale proposito vale la pena di ricordare che anche tutte le agende riservate ai Ritorni, devono essere comunque visibili al sistema ReCUP, seppure in modalità esclusiva.

Il Quesito Diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del Medico di effettuare prestazioni; può essere riportato testualmente anche utilizzando la 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.

3. **gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI**

Al fine di poter governare l'intero sistema che regola le liste di attesa non si può prescindere dalla gestione trasparente delle agende che devono essere **tutte visibili al Recup anche se riservate e non prenotabili.**

Inoltre:

- ad ogni prestazione erogata deve corrispondere una prenotazione; 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 2017, essere tutte configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe 'P', con distinzione delle agende riservate a controlli, follow-up e percorsi interni.

Al fine di consentire la corretta gestione delle agende in particolare per i casi in cui si accede senza prenotazione (es. Laboratorio Analisi) o in cui la prestazione sia prescritta e prenotata contestualmente, in collegamento ad una prestazione regolarmente prenotata (necessità di approfondimenti diagnostici a seguito di visita, ulteriori consulti, sostituzione di ricette mal

compilate, etc.) sono state fornite le specifiche indicazioni (vedi nota Regione Lazio prot. n. 549702 del 3/11/2016 già citata).

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.

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 aziendale, comunicazione immediata a questa 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.

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.

A tale proposito si rimanda alla norma nazionale per quanto riguarda le mancate presentazioni non comunicate per tempo e le eventuali sanzioni da applicare.

4. *programmazione dell'offerta attraverso la **definizione del fabbisogno** di prestazioni specialistiche, **la gestione efficiente** delle risorse disponibili, **il rafforzamento del ruolo di committenza** delle Aziende Sanitarie Locali;*

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, 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 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 in base al territorio in cui vengono erogati:

- Domanda residenti soddisfatta entro il territorio considerato
- Domanda residenti soddisfatta al di fuori del territorio considerato (PASSIVA intraregionale)
- Domanda soddisfatta per NON residenti (ATTIVA intraregionale)

e alla tipologia della struttura erogante:

- A gestione diretta
- Aziende Ospedaliere (AO, AOU, PTV ed IRCCS pubblici)
- Privati accreditati

Si riporta di seguito un esempio dell'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.

*Esempio di analisi per una tipologia di prestazioni per ASL di residenza e luogo di erogazione*

Azienda/Comparto di erogazione	ASL Residenti Lazio											% entro e fuori ASL	
	RM1	RM2	RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	LT	FR	Totale		
soddisfatta entro ASL	strutture a gestione diretta	785	688	360	353	771	563	825	563	1251	1360	7519	55%
		16%	10%	12%	24%	33%	20%	69%	76%	58%	69%	27%	
	aziende ospedaliere	594	2.256	557								3407	
		12%	31%	19%								12%	
soddisfatta fuori ASL	privati accreditati	1960	1663	341			359					4323	45%
		40%	23%	11%			13%					16%	
	strutture a gestione diretta	183	574	329	243	214	339	79	28	153	137	2279	
		4%	8%	11%	17%	9%	12%	7%	4%	7%	7%	8%	
soddisfatta fuori ASL	aziende ospedaliere	962	720	616	368	783	930	119	79	286	245	5108	45%
		20%	10%	21%	25%	33%	33%	10%	11%	13%	12%	18%	
	privati accreditati	434	1275	774	490	603	650	169	74	478	230	5177	
		9%	18%	26%	34%	25%	23%	14%	10%	22%	12%	19%	
popolazione residente 2015	1.046.196	1.302.028	600.370	325.995	500.218	567.239	321.955	158.981	572.472	496.971	5.892.425		
totale prestazioni erogate	4.918	7.176	2.977	1.454	2.371	2.841	1.192	744	2.168	1.972	27.813		
tasso di utilizzo (x1000)	4,7	5,5	5,0	4,5	4,7	5,0	3,7	4,7	3,8	4,0	4,7		

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

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 che organizzativa, derivante da comportamenti opportunistici od omissivi.

Al fine di consentire una valutazione sull'appropriatezza prescrittiva la Direzione Regionale Salute e Politiche sociali mette a disposizione delle Aziende Sanitarie, e in particolare delle CAPD, dati di letteratura, consumi medi nazionali e regionali, utili alle analisi di *benchmarking*.

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, definito coerentemente ai vincoli di budget, devono esprimere valutazioni utili al rilascio dell'accreditamento da parte della Regione.

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, PTV, IRCCS pubblici) e dalle strutture private accreditate attraverso specifici accordi di fornitura, e dalle future forme organizzative complesse della medicina generale e della specialistica ambulatoriale garantendo il pieno utilizzo del monte ore aziendale.

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*) 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, PTV, 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 324/2015 e nel provvedimento di assegnazione del budget 2016 (DCA 321/2016).

Quindi è necessario che l'intera offerta a disposizione di una ASL, compresa quella derivante da AO, AOU, PTV 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.

5. *definizione dei criteri generali per l'individuazione degli **ambiti territoriali di garanzia** per le prestazioni di primo accesso per consentire alle Aziende territoriali di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa per i propri residenti;*

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 prioritizzata (se considerata appropriata) entro i tempi massimi; 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'.

In una prima fase di applicazione si stabilisce che l'ambito territoriale di garanzia dei tempi massimi per le prestazioni specialistiche di primo accesso, è quello definito dal territorio della ASL di residenza e vale per le sole prestazioni 'critiche' per le quali sia stata indicata la classe di priorità B (Breve, entro 10 gg) o D (Differibile, entro 30 /60 gg). Le prestazioni di primo accesso per le quali dovranno essere garantiti i tempi massimi di attesa saranno, inizialmente, le sole prestazioni 'critiche', peraltro monitorate a livello ministeriale

I tempi pertanto sono stabiliti in base alla classe di priorità che il medico prescrittore assegna alla richiesta di prestazioni a carico del SSN; per ciascuna classe, come stabilito dal Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2013-2015 (DCA 437/2013) e in accordo con il Piano Nazionale (Intesa Stato-Regioni 2011) sono definiti i corrispondenti tempi massimi di attesa:

- Urgente, entro 72 ore;
- Breve, entro 10 giorni;
- Differibile, entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- Programmabile, entro 180 giorni

Ciascuna ASL dovrà pertanto valutare la capacità di soddisfazione della domanda di prestazioni espressa in base ai dati disponibili sui volumi di prestazioni erogate, sulla dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate, sulla dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza, sulle agende disponibili e sui tempi di attesa. Ciascuna ASL dovrà inoltre individuare le situazioni in cui sia possibile garantire i tempi in ambiti territoriali distrettuali.

#### Articolazione degli ambiti territoriali di garanzia (di seguito ATG)

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: queste possono essere classificate in base al livello di complessità dell'apparecchiatura/strumentazione necessaria all'erogazione e al livello di specializzazione del personale medico coinvolto, in quanto tali fattori incidono nella ripartizione territoriale:

- Alta tecnologia
- Media tecnologia
- Bassa tecnologia e Visite specialistiche

Vengono individuate 3 categorie di ATG:

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

Questo ambito deve essere riservato alle sole prestazioni di alta tecnologia 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 sono collocate le prestazioni di diagnostica strumentale ad elevata tecnologia, quali PET e Risonanze magnetiche (e più in generale le prestazioni di medicina nucleare), o esami da effettuare in centri di riferimento regionale.

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. Distrettuale

La maggior parte delle prestazioni specialistiche dovrà essere progressivamente garantita a livello distrettuale con modalità e tempi previsti nell'ambito dei piani aziendali. Il distretto ha il compito di assicurare, oltre a tutto ciò che rientra nei percorsi diagnostico-terapeutici, nei follow-up e nei servizi di prossimità, che esula dagli ambiti di garanzia, l'offerta di prestazioni di primo accesso a bassa tecnologia e le visite specialistiche per le quali non sia espressamente previsto il livello aziendale, anche attraverso la qualificazione del ruolo di MMG e PLS, con particolare riferimento alle attività delle Unità Complesse di Cure Primarie e delle Case della Salute.

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. Sarà offerto l'accesso ai NON residenti senza però offrire garanzia del rispetto dei tempi massimi, utilizzando il contenitore per la classe 'P' indipendentemente dalla priorità indicata nella ricetta. 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.

In condizioni di criticità con le agende di prenotazione sature, ciascuna Azienda deve indicare nel proprio Piano Attuativo Aziendale quali percorsi alternativi od azioni straordinarie adottare per garantire comunque i tempi massimi.

6. *coordinamento interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alle attività di **Libera Professione Intramoenia** con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012:*

- a) Verifica dell'organizzazione aziendale in termini di responsabilità sull'ALPI e delle modalità di gestione delle relative agende di prenotazione
- b) Gestione delle questioni concernenti il personale Medico e ausiliario e gli aspetti contrattuali e verifiche sull'utilizzo dei finanziamenti destinati alla realizzazione o ristrutturazione degli spazi aziendali interni e delle acquisizioni tramite acquisto o locazione (privati) e stipula convenzioni (pubblici) per spazi 'esterni'
- c) Monitoraggio delle inadempienze, irregolarità o situazioni in contrasto alla norma regionale e ai regolamenti aziendali con segnalazioni alle Commissioni paritetiche aziendali e regionale
- d) Coordinamento infrastruttura di rete e sistema di prenotazione (programma sperimentale studi professionali in rete)
- e) Coordinamento dei flussi informativi regionali per il monitoraggio dell'ALPI in termini di verifica dei volumi erogati e confronto con i volumi istituzionali
- f) Interventi regolatori con eventuali riduzione o sospensione delle attività di LP intramoenia nei casi in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino, in modo sistematico e rilevante, quelli massimi indicati dalla programmazione regionale di 30/60 giorni per la priorità 'D' e di 180 giorni per le priorità 'P'; tale riduzione e/o sospensione cesserà dal momento in cui saranno ripristinati tempi di attesa per l'attività istituzionale inferiori ai valori massimi previsti.

7. *istituzione di un **Comitato Tecnico** costituito dalla rete di Referenti aziendali sulle liste di attesa per portare a compimento le azioni già avviate, con particolare riguardo alla trasparenza delle agende, alle modalità di prescrizione e alla prioritarizzazione;*

Il Comitato tecnico è costituito dai Responsabili Unici Aziendali per il Governo dell'Accesso alle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali e delle Liste di Attesa, nominati con atto formale della Direzione Aziendale secondo quanto disposto dalla nota prot. 336401 del 24 Giugno 2016 e dai Responsabili degli Uffici ed Aree Regionali competenti in materia.

Le funzioni sono quelle di monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni descritte, 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.

---

**L'insieme delle azioni descritte deve avere come obiettivo ultimo il governo delle liste di attesa con il contenimento dei tempi che devono essere gradualmente ricondotti a livelli di normalità raggiungendo, per le prescrizioni di primo accesso prioritarizzate, gli standard di risposta entro i tempi massimi indicati a livello nazionale (90%), con riferimento agli ambiti territoriali di garanzia.**

## Allegato 2

### a) progetto straordinario per l'abbattimento delle liste di attesa degli esami ecografici

#### Contesto

Le liste di attesa per gli esami ecografici considerati 'critici' (PRGLA 2013-2015) continuano ad essere rilevanti e i tempi di attesa, sebbene risulti in aumento la quota di esami prenotati entro i 60 giorni nel corso dell'ultimo anno, rimangono elevati.

Liste di attesa: 66.000 persone sono in attesa (al sistema di prenotazione regionale) di uno degli 8 esami ecografici considerati (*tab.1*) alla data del 15 dicembre – Fonte Recup

Trend attese entro soglia: al mese di Ottobre la quota di attesa entro i 60 giorni era intorno al 60%, rispetto al 50% di un anno prima – Fonte monitoraggio mensile

Tempi medi di attesa per le ecografie 'critiche' di primo accesso: circa 95 giorni di media per tutti gli 8 esami, e una quota del 21% con tempi di attesa superiori ai 180 giorni– Fonte monitoraggio mensile

Tab. 1) Ecografie Critiche

<b>ECOGRAFIA (Le 8 prestazioni critiche)</b>
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
ECOGRAFIA OSTETRICA
ECOGRAFIA GINECOLOGICA

#### Descrizione del progetto

L'obiettivo è quello di aumentare l'offerta di ecografie creando un numero di agende ad hoc attraverso un progetto speciale di prestazioni aggiuntive offerte a fronte di un investimento regionale.

Il progetto si articola su 2 fasi:

#### **Fase a)**

Le nuove disponibilità si andranno a sommare alle agende attuali per soddisfare la domanda giornaliera e per anticipare gli appuntamenti già prenotati a partire dalle attese maggiori.

Le nuove agende saranno dimensionate in modo da poter assorbire completamente l'attuale 'coda' entro le 12 settimane. Successivamente l'incremento di produzione sarà ridotto fino ad assolvere alle nuove richieste settimanali, in modo che queste non rigenerino la 'coda'.

La prenotazione delle nuove prestazioni richieste avverrà in questa prima fase attraverso i consueti canali e contemporaneamente si anticiperanno gli appuntamenti per le prenotazioni in essere partendo dalle attese più lunghe. La prima fase del progetto straordinario, che prevede l'incremento della produzione attraverso le prestazioni aggiuntive e relativi finanziamenti, avrà la durata di 12 settimane, entro le quali i tempi per l'appuntamento si ridurranno progressivamente anche grazie alla liberazione dei posti nei mesi successivi per l'anticipazione degli appuntamenti. Nel momento in cui la 'coda' risulterà esaurita si passerà alla fase b).

Questo progetto serve riservare prioritariamente le disponibilità, in particolare quelle aggiuntive, ai residenti, pertanto l'assistito dovrà recarsi ad uno sportello CUP della propria azienda mentre il Recup dovrà effettuare la ricerca in prima battuta nell'azienda di residenza, per poi passare agli ambiti di altre ASL.

Laddove in una stessa ricetta vengano prescritte altre prestazioni oltre alle ecografie oggetto dell'intervento, queste dovranno seguire lo stesso iter ma verrebbero prenotate nelle agende esistenti e corrispondenti alla classe di priorità indicata.

#### **Fase b)**

A regime, cioè dopo le 12 settimane, la 'coda' sarà esaurita e partirà la seconda fase del progetto: il sistema sarà in grado di soddisfare tutte le nuove richieste entro 10 giorni modulando la propria offerta in base alla domanda settimanale. Qualora l'incremento di domanda dovuto ad un rientro nel servizio pubblico di prestazioni oggi erogate privatamente a seguito del miglioramento dei tempi di attesa, dovesse non consentire il rispetto dei 10 giorni, dovrà comunque essere garantito il tempo massimo di attesa per classe di priorità. L'eventuale incremento di produttività rispetto alla situazione attuale dovrà essere ottenuto in primo luogo attraverso l'efficientamento dell'uso delle risorse disponibili.

In questa fase sarà reso disponibile a tutti i Medici prescrittori l'accesso al sistema di prenotazione regionale, mediante la cooperazione applicativa, per poter prenotare l'appuntamento al cittadino direttamente al momento della prescrizione.

#### Analisi dei dati

L'analisi dei dati disponibili ha consentito di stimare il numero medio di Ecografie richieste ogni settimana alle strutture pubbliche: complessivamente le prenotazioni per il primo accesso di ecografie 'critiche' sono settimanalmente circa 6.000 (Fonte monitoraggio settimane indice Gennaio-Ottobre 2016), ma va considerato che garantire le prestazioni ad una settimana avrà come effetto lo spostamento verso questo progetto di parte delle richieste oggi erogate dal privato sia classificato ed accreditato che non SSN. Per far fronte a questo possibile effetto si stima di dover incrementare il volume atteso del 20%, arrivando ad un fabbisogno di circa 7.500 (*tab. 2*) esami in tutta la regione.

Tab. 2) Prenotazioni settimanali di ecografie

ASL	Media settimanale prenotazioni	Incremento del 20%	AZIENDE	Media settimanale prenotazioni	Incremento del 20%
Asl Roma 1	1.496	1.795	IFO	151	182
Asl Roma 2	1.050	1.260	Policlino Tor Vergata	175	210
ASL Roma 3	295	354	San Camillo	172	207
ASL Roma 4	217	260	San Giovanni	141	169
ASL Roma 5	373	448	Sant'Andrea	65	79
ASL Roma 6	435	522	Spallanzani	68	81
ASL Latina	294	353	Policlinico Umberto I	229	275
ASL Viterbo	311	374			
ASL Rieti	295	355			
ASL Frosinone	444	533			

Attraverso il DB del Recup sono state calcolate le persone mediamente in attesa per le prestazioni considerate ('coda'). Questo valore è stato utilizzato per calcolare l'incremento necessario ad estinguere la 'coda' in 12 settimane.

La Direzione regionale ha richiesto poi alle Direzioni aziendali di fornire, con nota ufficiale, il volume di incremento potenziale sostenibile dalle strutture a gestione diretta, considerando la piena occupazione delle sedi ambulatoriali per 50 ore la settimana (dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 19).

Tale capacità produttiva è stata poi confrontata con le prestazioni richieste per il progetto (vedi paragrafo successivo) per evidenziare eventuali criticità.

A tal proposito è stata rilevata una differenza tra l'incremento potenziale e il fabbisogno stimato per la conclusione del progetto entro 12 settimane. Al fine di omogeneizzare l'offerta prestazionale dell'intera Regione l'offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità dovrà prevedere l'apertura il sabato e la domenica nonché l'ulteriore estensione dell'orario rispetto al periodo sopra definito.

#### Stima del fabbisogno di prestazioni aggiuntive

L'insieme delle prestazioni offerte deve essere in grado di soddisfare la nuova domanda settimanale e di consentire l'anticipazione degli appuntamenti.

Il volume di prestazioni aggiuntive viene pertanto stimato in modo che consenta l'azzeramento della 'coda' in 12 settimane (fattore riduzione code= numero di prestazioni di cui si deve ridurre settimanalmente la 'coda'). Il fattore di riduzione code viene sommato al delta tra il volume erogato e le nuove prenotazioni ottenendo così il numero di prestazioni aggiuntive da chiedere alle Aziende Sanitarie (tab. 3).

Tab. 3) Stima delle prestazioni aggiuntive settimanali di ecografie

ASL	Volume erogato settimanale	Liste di attesa prestazioni 'critiche' di 1 accesso	Prenotazioni settimanali	Prestazioni aggiuntive
	Produzione settimanale	persone in attesa per ecografia	Incremento settimanale	Ipotesi produzione aggiuntiva settimanale
Rm 1	1.389	17.308	2.149	2.203
Rm 2	1.058	17.875	1.820	2.252
Rm 3	284	5.306	642	800
Rm 4	112	2.181	260	330
Rm 5	463	1.318	448	94
Rm 6	250	2.588	522	487
Latina	219	4.178	353	482
Viterbo	261	6.206	373	630
Rieti	190	3.139	354	425
Frosinone	355	5.572	533	642
TOTALE	4.617	65.671	7.454	8.345

Alla fine delle 12 settimane si va a regime mantenendo una produzione in grado di soddisfare la richiesta settimanale al fine di non creare una nuova 'coda' (fase b). Di seguito si riporta lo schema riferito a titolo esemplificativo alla Roma 1 (tab. 4).

Tab. 4) Esempio di sistema a regime nella Rm1

Fasi	settimana	note	coda inizio settimana	domanda settimanale	attuale offerta settimanale	Incremento settimanale
<b>a</b>	1	<i>Inizio progetto aggiuntivo</i>	17.308	2.149	1.389	2.203
	2	<i>progetto in corso</i>	15.866	2.149	1.389	2.203
	3		14.423	2.149	1.389	2.203
	4		12.981	2.149	1.389	2.203
	5		11.539	2.149	1.389	2.203
	6		10.096	2.149	1.389	2.203
	7		8.654	2.149	1.389	2.203
	8		7.212	2.149	1.389	2.203
	9		5.769	2.149	1.389	2.203
	10		4.327	2.149	1.389	2.203
	11		2.885	2.149	1.389	2.203
	12		<i>fine progetto</i>	1.442	2.149	1.389
<b>b</b>	13	<i>regime ordinario con eventuale incremento di produzione per soddisfare la domanda settimanale</i> .....	0	2.149	1.389	760
	14		0	2.149	1.389	760
	15		0	2.149	1.389	760
	16		0	2.149	1.389	760
	17		0	2.149	1.389	760
	18		0	2.149	1.389	760
	19		0	2.149	1.389	760
	20		0	2.149	1.389	760
...	...	...	...	...		

### Stima dei costi

Una volta determinato il volume settimanale di prestazioni aggiuntive necessario allo smaltimento delle code e a garantire a regime il tempo massimo di 10 giorni, si possono stimare i costi secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia contrattuale. Si valuta che è possibile effettuare almeno 2 ecografie l'ora; il costo complessivo sulle 12 settimane viene stimato in circa 5 milioni di euro.

### Compiti della Direzione Sanitaria aziendale

Il responsabile aziendale delle liste di attesa dovrà curare l'aspetto organizzativo del progetto concordando con i professionisti, attraverso le indicazioni che saranno date dalle Direzioni aziendali sulle modalità contrattuali, le disponibilità orarie che serviranno a costruire le varie agende dedicate al progetto.

La definizione della disponibilità dovrà quindi riguardare l'estensione dell'orario di lavoro (fino alle 22) in ciascun giorno della settimana (eventuale estensione al sabato e alla domenica) con l'indicazione del tipo di esame erogabile nei corrispondenti slot.

Successivamente dovrà collaborare con il RAR per la costruzione delle agende secondo le indicazioni regionali che riguardano l'identificazione delle unità e delle sedute destinate al progetto, in modo che abbiano la stessa descrizione in tutte le aziende. Le agende dovranno essere costruite per classe di priorità rispettando lo schema di configurazione di cui alla Det. G18397/2014. In questo modo al momento della prenotazione l'operatore potrà indicare come Tipo richiesta la Classe di priorità presente sulla ricetta ed effettuare la ricerca su quelle agende.

### Monitoraggio e conclusione del progetto

E' compito del Responsabile aziendale delle Liste di attesa effettuare un monitoraggio periodico, con cadenza almeno mensile, dell'andamento del progetto nella propria azienda, e riferirne alla propria Direzione e agli uffici regionali competenti.

## Allegato 2

### b) progetto straordinario per l'abbattimento delle liste di attesa per le Visite Specialistiche

#### Contesto

Le liste di attesa per alcune visite specialistiche sono particolarmente lunghe con tempi di attesa piuttosto elevati:

Tab1 : Tempi e liste di attesa per le Visite specialistiche

TEMPI DI ATTESA OTTOBRE 2016		soglia	Tempo medio di attesa	Volume settimanale	% Attesa oltre 180gg	% Attesa entro 30gg	'Code' a febbraio 2017
codice NTR	VISITE						
<b>95.02</b>	<b>VISITA OCULISTICA</b>	<b>30</b>	<b>85</b>	<b>7655</b>	<b>20%</b>	<b>44%</b>	<b>52.000</b>
<b>89.7</b>	<b>VISITA DERMATOLOGICA</b>	<b>30</b>	<b>47</b>	<b>5937</b>	<b>5%</b>	<b>55%</b>	<b>25.000</b>
89.7	VISITA ORTOPEDICA	30	47	5885	5%	53%	22.000
<b>89.7</b>	<b>VISITA CARDIOLOGICA</b>	<b>30</b>	<b>62</b>	<b>5796</b>	<b>10%</b>	<b>54%</b>	<b>35.000</b>
89.7	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	30	40	4481	4%	65%	13.000
89.7	VISITA ENDOCRINOLOGICA	30	84	2118	16%	46%	13.500
89.7	VISITA UROLOGICA	30	47	2115	5%	60%	9.000
89.7	VISITA FISIATRICA	30	43	1440	4%	62%	4.500
89.7	VISITA PNEUMOLOGICA	30	56	1390	10%	61%	8.500
89.7	VISITA GASTROENTEROLOGICA	30	65	1350	11%	45%	7.000
89.7	VISITA ONCOLOGICA	30	32	579	4%	74%	2.000
89.13	VISITA NEUROLOGICA	30	72	414	8%	34%	2.000

La tabella sopra (fonte monitoraggio mensile settimana indice) riporta le visite specialistiche monitorate dal PRGLA in quanto 'critiche' con i rispettivi volumi settimanali delle prenotazioni registrate nel mese di Ottobre 2016 il tempo medio di attesa e le percentuali di attese superiori a 180 giorni e di attese entro la soglia dei 30 giorni prevista dal Piano Nazionale. In ultima colonna viene riportato il dato stimato sulle 'code' (numero di persone in attesa, fonte Recup) ad una data del mese di Febbraio 2017.

Le prime 4 in termini di volume rappresentano più della metà delle visite complessive, e sono quelle con le liste di attesa più numerose. A livello regionale le situazioni più critiche sono quelle delle visite Oculistica, Cardiologica e Dermatologica e su queste sono state effettuate le analisi per definire il fabbisogno di incremento della produzione al fine di azzerare la 'coda' in un tempo stabilito (fissato anche per questo progetto orientativamente a 12 settimane).

#### Descrizione del progetto

Al fine di contribuire alla riduzione delle liste di attesa per le suddette visite e consentire il soddisfacimento delle richieste in tempi più rapidi viene avviato il presente progetto che prevede la costruzione di agende parallele a quelle già attive al fine di consentire l'espletamento delle nuove richieste non incrementando la 'coda' esistente e al contempo di ridurre la stessa attraverso il *recall* e l'anticipazione dell'appuntamento per le attese più lunghe.

L'organizzazione dovrebbe prevedere un incremento di prestazioni sufficiente a definire un gruppo di agende dedicate al *recall* e un altro gruppo di agende da affiancare a quelle esistenti per esaurire le nuove richieste in tempi brevi.

Non appena il *recall* sarà esaurito, con l'anticipazione delle attese più lunghe e la liberazione di gran parte delle agende più lontane, il primo gruppo di agende potrà essere chiuso, e non appena la 'coda' risulterà sostanzialmente esaurita potrà essere ridotto anche il secondo in modo tale da non accumulare ulteriori attese.

Tab. 2a) Stima delle prestazioni aggiuntive settimanali di visite oculistiche

ASL	VISITA OCULISTICA (erogato giornaliero)	Liste di attesa prestazioni 'critiche' di 1 accesso	Volume richieste giornaliero	Prestazioni aggiuntive
		persone in attesa per visita oculistica (e) totali	Incremento giornaliero (f)	Ipotesi produzione aggiuntiva giornaliera (x)
	Produzione giornaliera (b)			
Rm 1	568	10.772	529	141
Rm 2	408	13.805	388	210
Rm 3	119	2.115	72	-
Rm 4	43	1.711	52	38
Rm 5	110	3.962	91	47
Rm 6	54	1.540	59	31
Latina	86	6.048	87	102
Viterbo	48	3.708	50	64
Rieti	58	2.141	61	39
Frosinone	57	6.279	64	112
<b>TOTALE</b>	1.551	52.081	1.453	782

Tab. 2b) Stima delle prestazioni aggiuntive settimanali di visite cardiologiche

ASL	VISITA CARDIOLOGICA (erogato giornaliero)	Liste di attesa prestazioni 'critiche' di 1 accesso	Volume richieste giornaliero	Prestazioni aggiuntive
		persone in attesa per visita cardiologica (e) totali	Incremento giornaliero (f)	Ipotesi produzione aggiuntiva giornaliera (x)
	Produzione giornaliera (b)			
Rm 1	451	5.392	395	34
Rm 2	375	9.571	349	134
Rm 3	98	1.596	48	-
Rm 4	35	1.475	46	36
Rm 5	71	2.485	76	46
Rm 6	75	1.378	61	9
Latina	116	3.838	83	31
Viterbo	61	2.813	59	45
Rieti	34	1.712	39	34
Frosinone	84	4.462	93	83
<b>TOTALE</b>	1.400	34.722	1.249	428

Del secondo gruppo di agende, destinato a fornire la disponibilità alle nuove richieste, farà parte anche l'insieme di agende messe a disposizione degli ambulatori con accesso senza prenotazione (ambulatori aperti), che dovranno essere individuati dalle Aziende in ciascun distretto.

L'“Ambulatorio aperto”, in analogia a quanto già avviene per gli esami di laboratorio analisi, prevede l'apertura di presidi ambulatoriali pubblici con accesso giornaliero senza prenotazione da attivare in ogni distretto (almeno 2 per distretto nelle ASL del Comune di Roma e almeno uno per i distretti delle altre ASL), a partire dalle Case della Salute. La scelta delle sedi ambulatoriali in cui attivare l'ambulatorio aperto viene demandata alle Direzioni aziendali che dovranno organizzare il servizio con accesso nell'intero arco della giornata (8-22) nei giorni della settimana dal lunedì al venerdì (con eventuale estensione sabato e domenica) nei presidi selezionati. Tali ambulatori dovranno indicativamente essere attivati per le 3 specialità che presentano liste più critiche a livello regionale (Oculistica, Cardiologia e Dermatologia), ma in relazione alle criticità individuate in base ai dati di attività da ogni singola Azienda, potranno essere attivate anche per altre specialità in sostituzione delle 3 suddette.

Le prestazioni erogate nell'ambito di tale progetto saranno finanziate con fondi ad hoc, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia contrattuale. Il costo complessivo, stimato orientativamente in circa 5 milioni di euro, sulla base di un tempario di riferimento che considera 2 visite l'ora per la cardiologia e 3 visite l'ora per la dermatologia e l'oculistica, dipenderà dal totale delle ore settimanali attivate in ogni sede.

L'accesso all'Ambulatorio aperto senza prenotazione è da intendersi come offerta aggiuntiva all'attuale disponibilità già attiva presso tutte le sedi territoriali di ciascuna Azienda attraverso i consueti canali di prenotazione.

#### Compiti della Direzione Sanitaria aziendale

Il responsabile aziendale delle liste di attesa dovrà curare l'aspetto organizzativo del progetto concordando con i professionisti, attraverso le indicazioni che saranno date dalle Direzioni aziendali sulle modalità contrattuali, le disponibilità orarie che serviranno a costruire la disponibilità dedicata al progetto.

La definizione della disponibilità dovrà quindi riguardare l'estensione dell'orario di lavoro (fino alle 22) in ciascun giorno della settimana (eventuale estensione al sabato e alla domenica) con l'indicazione del tipo di visita. Successivamente il responsabile delle Liste di attesa dovrà collaborare con il responsabile aziendale del Recup per la costruzione delle agende secondo le indicazioni regionali che riguardano l'identificazione delle unità e delle sedute destinate al progetto, in modo che abbiano la stessa descrizione in tutte le aziende. Le agende dovranno essere costruite per classe di priorità rispettando lo schema di configurazione di cui alla Det. G18397/2014. In questo modo al momento della prenotazione l'operatore potrà indicare come Tipo richiesta la Classe di priorità presente sulla ricetta ed effettuare la ricerca su quelle agende.

#### Monitoraggio e conclusione del progetto

All'avvio del progetto le nuove disponibilità dovranno essere organizzate in agende ad accesso giornaliero senza prenotazione. Alla fine del periodo di 3 mesi sarà fatta una valutazione per definire eventuali ulteriori azioni per il governo dell'accesso alle 3 visite considerate o l'eventuale sostituzione con altre specialità.

I Responsabili aziendali delle liste di attesa opereranno un monitoraggio costante fornendo relazioni periodiche sull'andamento del progetto agli uffici regionali competenti e alle proprie Direzioni, che ne informeranno gli uffici distrettuali e le CAPD per gli approfondimenti di competenza. Eventuali situazioni che si discostino dall'atteso, dovranno essere tempestivamente comunicate per consentire la riprogrammazione delle attività per far fronte ai problemi e garantire per quanto possibile l'accessibilità giornaliera nei centri indicati.