

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)****DECRETO N. 34 DEL 08/08/2017**

OGGETTO: Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta IV)

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 "*Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*";

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010, con cui il neo Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;

VISTE le deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013, con le quali è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della regione Campania;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario ad acta il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario ad acta il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, lo scrivente è stato nominato, quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017, che:

- assegna *“al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli 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”*;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto vii) *“attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale”*;

RICHIAMATO

- il comma 80 dell' articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 secondo cui *“Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che e' obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”*;
- il comma 231 bis dell' articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 così come introdotto dal comma 34, dell'articolo 1, della legge regionale 4 agosto 2011, n. 14 secondo cui: *“il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 , convertito con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all'art. 2, coma 88 della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell'efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 2, comma 80 della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni individuate, sospendendole o abrogandole”*;
- la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *“ nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”*;

PREMESSO:

- che il problema della gestione delle liste e dei tempi d'attesa è diffuso in tutti sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni

sanitarie e che il tempo di attesa dipende da molteplici cause che interagiscono tra di loro, alcune delle quali assumono naturalmente un maggior peso e sono quindi considerate rilevanti nelle diverse strategie con cui il problema viene affrontato;

- che nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati, rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, è considerata una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- che la trasparenza, il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale *intra moenia* sono argomenti specificamente richiamati anche dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), già in sede di Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015) e nell'ambito del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (Delibera n. 831 del 3 agosto 2016), quali aree di rischio specifiche che necessitano di un elevato grado di monitoraggio ed attenzione *“in relazione anche al rapporto tra attività istituzionale e libero professionale e al fatto che i comportamenti opportunistici e i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in disparità di trattamento nei confronti dell'utente finale”*;

VISTO:

- il D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed in particolare l'art. 15-*quinquies*, che fissa i principi cui deve attenersi la disciplina contrattuale nazionale nel definire il corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività istituzionale;
- il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;
- l'Intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, con la quale le regioni hanno adottato un Piano regionale attuativo;
- la Legge n. 120 del 3 agosto 2007, sulle disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria, nella quale si evidenzia la necessità di allineare i tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;
- l'Intesa del 29 aprile 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni (rep. 52/CSR) ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 131/2003, sulle Linee guida nazionali del sistema CUP;
- l'Intesa del 28 ottobre 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni (rep. 189/CSR) ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 131/2003, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012;
- il documento “Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa”, elaborato dall'Agenas e dal Ministero della Salute e trasmesso alle Regioni da detto Ministero il 30 dicembre 2010, che indica come “obbligatori, ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, tutti i campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L.326/03”;
- 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)”;

- il Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189 dell’8 novembre 2012;
- l’articolo 41, comma 6, del D. Lgs. del 14 marzo 2013, n. 33 “Trasparenza del servizio sanitario nazionale” che prevede l’obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private;
- l’Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la salute per gli anni 2014-2016, di cui all’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, con particolare riferimento all’art. 5 “Assistenza territoriale” e all’art. 21 “Attività intramoenia”;
- l’Intesa del 19 febbraio 2015, ai sensi della Legge n. 120 del 3 agosto 2007 art.1 comma 4-*bis*, 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;

VISTI, ALTRESÌ:

- la DGRC n. 170 del 10.2.2007 concernente l’aggiornamento del Piano Regionale di contenimento sulle Liste di Attesa già adottato con precedente DGRC n. 880/2006;
- il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 (PRGLA) adottato con DGRC n. 271/2012;
- il DCA 82/2016, avente per oggetto “Deliberazione di Giunta Regionale n. 329/2016. Presa d’atto” per l’avvio delle prescrizioni dematerializzate per l’assistenza specialistica su tutto il territorio della Regione Campania;
- il DCA n. 134/2016, concernente la programmazione dei fondi vincolati “Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96” per l’annualità 2014, 2015 e 2016 che alla Linea Progettuale 1) prevede quale obiettivo “La creazione di un CUP regionale per la gestione delle prenotazioni e l’abbattimento delle liste di attesa”;
- il DCA n. 14/2017, avente ad oggetto: “Programmi Operativi 2016 – 2018. Approvazione” che, all’Intervento 18.2, fissa specifici obiettivi per la Gestione delle liste d’attesa;

CONSIDERATO:

- che, nonostante l’adozione di specifici provvedimenti riguardanti i tempi di attesa, permangono criticità in merito al rispetto delle soglie massime stabilite dalla normativa nazionale e regionale;

RAVVISATO pertanto

- che in ordine al governo delle liste di attesa si impone l’attuazione di una serie di interventi più efficaci ed incisivi, da parte delle Aziende Sanitarie e della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, fermi restando i principi e gli obiettivi di cui al PRGLA 2010-2012 approvato con DGRC n. 271/2012 che, per quanto non modificati dal presente provvedimento, risultano sostanzialmente confermati ed in particolare: (i) le classi di priorità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero programmato; (ii) i tempi massimi di attesa per ciascuna classe di priorità; (iii) le 43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 specialistiche e 29 di diagnostica strumentale, e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato, di cui 5 in regime diurno e 10 in regime ordinario, per le quali sono fissati, garantiti e monitorati i tempi di attesa; tutto schematicamente riportato nell’Allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- necessario ribadire che un equilibrato rapporto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale costituisce specifico elemento per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, come già esplicitato nelle relative delibere di nomina;
- necessario confermare, altresì, che per le 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e per le 15 di ricovero ospedaliero, di cui al già citato Allegato A, il rispetto dei **tempi massimi di attesa** fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità, **deve essere garantito al 90% degli utenti** che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici delle Aziende Sanitarie e che tale obiettivo costituisce elemento di valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie;

RITENUTO

- di impartire alle Aziende Sanitarie specifiche **Linee di indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa – obiettivi per gli anni 2017 e 2018**, riportate nell'Allegato B, al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, finalizzate all'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa con particolare riferimento, nella fase di primo avvio, alle 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale ed alle 15 prestazioni di ricovero ospedaliero (di cui all'Allegato A), oggetto di specifico monitoraggio, in virtù di quanto già disposto dal PRGLA 2010-2012;

RITENUTO:

- di dover disporre che ciascuna Azienda Sanitaria, previo adeguamento del proprio Programma Attuativo Aziendale (PAA) già adottato ai sensi della DGRC n. 271/2012, **realizzi gli interventi utili per garantire il rispetto dei tempi di attesa**, secondo gli obiettivi, le azioni e le tempistiche descritti nelle **Linee di indirizzo** di cui all'Allegato B, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO, ALTRESÌ:

- opportuno istituire, con l'adozione del presente provvedimento, presso la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, al fine di rendere più omogenee, incisive ed efficaci le azioni aziendali e regionali di governo e monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, un **Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa** (CTRLa), la cui composizione ed il cui mandato sono riportati nell'Allegato C, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

per quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

DECRETA

1. di **CONFERMARE**, per quanto non modificati dal presente provvedimento, i principi e gli obiettivi di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 approvato con DGRC n. 271/2012 ed in particolare: (i) le classi di priorità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero programmato; (ii) i tempi massimi di attesa per ciascuna classe di priorità; (iii) le 43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 specialistiche e 29 di diagnostica strumentale, e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato, di cui

- 5 in regime diurno e 10 in regime ordinario, per le quali sono fissati, garantiti e monitorati i tempi di attesa secondo quanto schematicamente riportato nell'Allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di **PRECISARE** che un equilibrato rapporto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale costituisce specifico elemento per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, come già esplicitato nelle relative delibere di nomina;
 3. di **DISPORRE** che ciascuna Azienda Sanitaria, previo adeguamento del proprio Programma Attuativo Aziendale (PAA) già adottato ai sensi della DGRC n. 271/2012, realizzi gli interventi utili per garantire il rispetto dei tempi di attesa, secondo gli obiettivi, le azioni e le tempistiche descritti nelle Linee di indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa – obiettivi per gli anni 2017 e 2018, riportate nell'Allegato B, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 4. di **CONFERMARE**, quale obiettivo di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, per le 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e le 15 di ricovero ospedaliero, di cui al già citato Allegato A, il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità, da garantire al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici delle Aziende Sanitarie;
 5. di **ISTITUIRE**, presso la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, al fine di rendere più omogenee, incisive ed efficaci le azioni aziendali e regionali di governo e monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, un Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa), la cui composizione ed il cui mandato sono riportati nell'Allegato C, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 6. di **STABILIRE** che le risorse relative all'applicazione dell'art. 2, comma 1, lettera e), secondo periodo, del Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189 dell'8 novembre 2012, siano destinate in via esclusiva e vincolata, dalle competenti Aziende Sanitarie che sono tenute a trattenerle, al perseguimento degli obiettivi ed alla realizzazione delle azioni previste dal presente provvedimento;
 7. di **PRENDERE ATTO** che l'efficace governo delle liste di attesa è richiamato più volte nell'ambito del Decreto del Commissario *ad acta* n. 134/2016 di approvazione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della Legge n. 662/1996, per gli anni 2014, 2015 e 2016, motivo per cui le Aziende Sanitarie sono tenute a perseguire le richiamate linee progettuali utilizzando le relative risorse finanziarie vincolate anche per il perseguimento degli obiettivi e la realizzazione delle azioni previste dal presente provvedimento;
 8. di **PREVEDERE** che eventuali ulteriori risorse finanziarie potranno essere attribuite alle Aziende Sanitarie, sulla base della favorevole istruttoria svolta dal Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa), al fine di coprire specifici investimenti di tipo organizzativo e strumentale, volti al superamento definitivo e duraturo delle criticità rilevate;
 9. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
 10. di **INVIARE** il presente decreto al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del

Sistema Sanitario regionale, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R. ed al BURC per la pubblicazione.

*La Direzione Generale
per la Tutela della Salute*

*per condivisione
Il Sub Commissario ad Acta*

DE LUCA

ALLEGATO A**PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO OSPEDALIERO PROGRAMMATO PER LE QUALI IL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA COSTITUISCE OBIETTIVO DI VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE DEL S.S.R.**

(come da PNGLA 2010-2012)

A) PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**VISITE SPECIALISTICHE**

| N. | Prestazione | Codice Nomenclatore | Codice |
|-----------|-----------------------------|----------------------------|---------------|
| 1. | Visita cardiologia | 89.7 | 08 |
| 2. | Visita chirurgia vascolare | 89.7 | 14 |
| 3 | Visita endocrinologia | 89.7 | 19 |
| 4 | Visita neurologica | 89.13 | 32 |
| 5 | Visita oculistica | 95.02 | 34 |
| 6 | Visita ortopedica | 89.7 | 36 |
| 7 | Visita ginecologica | 89.26 | 37 |
| 8 | Visita otorinolaringoiatria | 89.7 | 38 |
| 9 | Visita urologia | 89.7 | 43 |
| 10 | Visita dermatologica | 89.7 | 52 |
| 11 | Visita fisiatria | 89.7 | 56 |
| 12 | Visita gastroenterologica | 89.7 | 58 |
| 13 | Visita oncologica | 89.7 | 64 |
| 14 | Visita pneumologica | 89.7 | 68 |

PRESTAZIONI STRUMENTALI

| N. | Prestazione | Codice Nomenclatore |
|-----------|---|-----------------------------|
| 15 | Mammografia | 87.37.1 - 87.37.2 |
| 16 | TC senza e con contrasto Torace | 87.41 - 87.41.1 |
| 17 | TC senza e con contrasto Addome superiore | 88.01.2 - 88.01.1 |
| 18 | TC senza e con contrasto Addome inferiore | 88.01.4 - 88.01.3 |
| 19 | TC senza e con contrasto Addome completo | 88.01.6 - 88.01.5 |
| 20 | TC senza e con contrasto Capo | 87.03 - 87.03.1 |
| 21 | TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale | 88.38.2 - 88.38.1 |
| 22 | TC senza e con contrasto Bacino | 88.38.5 |
| 23 | RMN Cervello e tronco encefalico | 88.91.1 - 88.91.2 |
| 24 | RMN Pelvi, prostata e vescica | 88.95.4 - 88.95.5 |
| 25 | RMN Muscoloscheletrica | 88.94.1 - 88.94.2 |
| 26 | RMN Colonna vertebrale | 88.93 - 88.93.1 |
| 27 | Ecografia Capo e collo | 88.71.4 |
| 28 | Ecocolordoppler cardiaca | 88.72.3 |
| 29 | Ecocolordoppler dei tronchi sovra ortici | 88.73.5 |
| 30 | Ecocolordoppler dei vasi periferici | 88.77.2 |
| 31 | Ecografia Addome | 88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1 |
| 32 | Ecografia Mammella | 88.73.1 - 88.73.2 |
| 33 | Ecografia Ostetrica-Ginecologica | 88.78 - 88.78.2 |

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

| N. | Prestazione | Codice Nomenclatore |
|----|--|-------------------------|
| 34 | Colonscopia | 45 .23 - 45 .25 - 45.42 |
| 35 | Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile | 45 .24 |
| 36 | Esofagogastroduodenoscopia | 45 .13 - 45 .16 |
| 37 | Elettrocardiogramma | 89 .52 |
| 38 | Elettrocardiogramma dinamico (Holter) | 89 .50 |
| 39 | Elettrocardiogramma da sforzo | 89 .41 - 89 .43 |
| 40 | Audiometria | 95 .41 .1 |
| 41 | Spirometria | 89 .37 .1 - 89.37.2 |
| 42 | Fondo Oculare | 95 .09.1 |
| 43 | Elettromiografia | 93.08.1 |

Per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN la classificazione delle classi di priorità è la seguente:

- **U (Urgente)**, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, **entro 72 ore**;
- **B (Breve)**, da eseguire **entro 10 giorni**;
- **D (Differibile)**, da eseguire **entro 30 giorni** per le visite o **60 giorni** per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)**, da eseguire entro un arco temporale massimo di **180 giorni**.

I criteri che sottendono l'individuazione delle suddette classi di priorità si riportano qui di seguito:

- **Classe U**, prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica;
- **Classe B**, prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
- **Classe D**, prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione disabilità;
- **Classe P**, prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

Il medico che fa la prescrizione è tenuto a fornire al cittadino tutte le informazioni utili riguardo la inclusione nelle classi di priorità, ai fini della espressione del consenso informato e consapevole.

La scelta dell'utente nei confronti di una specifica struttura erogatrice presso cui vi sia disponibilità, comporta la decadenza dal diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa definito in rapporto alla priorità richiesta.

Per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale sopra riportate le classi di priorità ed i relativi tempi di attesa, così come per tutte le altre prestazioni ambulatoriali, sono quelli della sottostante tabella.

| Prestazioni ambulatoriali (visite e prestazioni diagnostiche-terapeutiche-riabilitative) | Classi di priorità | Tempi massimi di attesa | Si riferiscono alle prime visite/accertamenti - sono esclusi i controlli e gli screening |
|--|--------------------|-------------------------|--|
| Tutte le Prestazioni | U | 72 ore | Priorità della ricetta del SSN |
| Visite | B | 10 gg | |
| Prestazioni Strumentali | B | 10 gg | |
| Visite (*) | D | 30 gg | |
| Prestazioni strumentali | D | 60 gg | |
| Tutte le prestazioni | P | 180 gg | |

(*) Il tempo di attesa per la visita fisiatrica con la classe D è di 30 giorni come per tutte le altre visite.

B) PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO PROGRAMMATO

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

| N. | Prestazione | Codice intervento | Codice diagnosi |
|----|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|
| 44 | Chemioterapia (1) | 99.25 | V58.1 |
| 45 | Coronarografia | 88.55 - 88.56 - 88.57 | |
| 46 | Biopsia percutanea del fegato (1) | 50.11 | |
| 47 | Emorroidectomia | | |
| 48 | Riparazione ernia inguinale (1) | 53.0-53.10 | |

(1) Qualora la prestazione venga erogata prevalentemente o esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio verrà svolto in tale setting assistenziale.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

| N. | Prestazione (2) | Codice intervento | Codice diagnosi |
|----|--|-----------------------------|---------------------|
| 49 | Interventi chirurgici tumore Mammella | Categoria 85.4 | Categoria 174 |
| 50 | Interventi chirurgici tumore Prostata | 60.5 | 185 |
| 51 | Interventi chirurgici tumore colon retto | 45 .7x - 45.8 ; 48.5 - 48.6 | Categorie 153 - 154 |
| 52 | Interventi chirurgici tumori dell'utero | Da 68.3 a 68 .9 | Categoria 182 |
| 53 | By pass aortocoronarico | 36 .10 | |
| 54 | Angioplastica Coronarica (PTCA) | Categoria 36.0 | |
| 55 | Endoarteriectomia carotidea | 38 .12 | |
| 56 | Intervento protesi d'anca | 81 .51 - 81 .52 - 81 .53 | |
| 57 | Interventi chirurgici tumore del Polmone | 32 .3 - 32.4 - 32.5 -32.9 | |
| 58 | Tonsillectomia | 28 .2-28.3 | |

(2) Qualora la prestazione venga erogata prevalentemente o esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery, il monitoraggio verrà svolto in tale setting assistenziale.

Per tutte le prestazioni di ricovero garantite dal SSN, ivi comprese quelle sopra riportate, le classi di priorità ed i relativi tempi di attesa sono quelli della sottostante tabella.

| | |
|---|--|
| A | Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi |
| B | Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi |
| C | Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi |
| D | Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi |

ALLEGATO B

LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

obiettivi per gli anni 2017 e 2018

SOMMARIO

| | |
|--|-----------|
| A. INDIVIDUAZIONE DI UN REFERENTE AZIENDALE UNICO PER LE LISTE DI ATTESA DELL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE E DELL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE..... | 2 |
| B. INDICAZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ E DEL QUESITO DIAGNOSTICO DA PARTE DEL MEDICO PRESCRITTORE | 2 |
| C. SEPARAZIONE DEI CANALI PER LE DIVERSE TIPOLOGIE DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: “PRIMO ACCESSO” VS “ACCESSO SUCCESSIVO” PER FOLLOW-UP E/O CONTROLLO | 3 |
| D. GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE..... | 5 |
| E. APPROPRIATEZZA NELLE PRESCRIZIONI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE | 7 |
| F. GARANZIA DEL RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI “PRIMO ACCESSO” IN MANIERA UNIFORME SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE: AMBITI E PERCORSI DI GARANZIA (APG) | 7 |
| G. INTERVENTI DA ESEGUIRE SUI CUP AZIENDALI ED ATTIVAZIONE DEL CUP REGIONALE..... | 8 |
| H. MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA DA GARANTIRE PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI “PRIMO ACCESSO” E DI RICOVERO PROGRAMMATO. AZIONI CONSEGUENTI | 10 |
| I. EQUILIBRIO TRA I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE E QUELLI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE | 11 |
| J. COMUNICAZIONE E TRASPARENZA..... | 12 |

A. Individuazione di un Referente Aziendale Unico per le liste di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale

I Programmi Attuativi Aziendali (PAA) adottati ai sensi della DGRC n. 271/2012 già prevedono l'individuazione di un Referente Aziendale Unico per le liste di attesa.

Nella realtà applicativa, in talune Aziende Sanitarie il Referente Aziendale Unico effettua il monitoraggio delle liste di attesa esclusivamente delle attività istituzionali.

Al fine di realizzare un più agevole ed immediato confronto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale, nonché di verificare che tra gli stessi si mantenga nel tempo un rapporto equilibrato, è necessario che il Referente Aziendale Unico per le liste di attesa si occupi di entrambe le tipologie di attività.

Qualora per motivi organizzativi si ritenesse di dover mantenere una responsabilità specifica e separata a presidio degli aspetti regolamentari, tecnici ed attuativi dell'attività libero professionale, le Aziende Sanitarie potranno affidare, per quanto concerne l'attività libero professionale, al Referente Aziendale Unico per le liste di attesa esclusivamente il monitoraggio e controllo dei tempi di attesa.

Obiettivo: nomina del Referente Aziendale Unico per le liste di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Tempi: entro un mese dalla pubblicazione del presente provvedimento.

B. Indicazione della classe di priorità e del quesito diagnostico da parte del medico prescrittore

L'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta, sulla base di criteri clinici condivisi, costituisce elemento essenziale ed imprescindibile per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa.

La DGRC n. 271/2012 ha previsto, infatti, in coerenza con quanto disposto a livello nazionale nel PNGLA 2010-2012, che le classi di priorità debbano essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN, rendendo, pertanto, obbligatoria da parte dei medici prescrittori la cd. biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, limitatamente alle prescrizioni delle prime visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative.

Allo stesso modo, la DGRC n. 271/2012 ha anche richiesto l'esplicitazione del quesito diagnostico sulle prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, ivi comprese quelle di analisi di laboratorio, quale informazione di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa.

Tali indicazioni sono state, però, fin qui in larghissima parte disattese.

Il recente passaggio alla ricetta dematerializzata, di cui al DM 2/11/2011, ha reso obbligatori il campo del quesito diagnostico per tutte le prestazioni ed i campi della tipologia di accesso e delle classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali di cui all'Allegato A.

In questo senso, la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, con particolare riferimento alle AA.SS.LL., sono impegnate a promuovere e divulgare tali pratiche presso i medici prescrittori, verificandone l'effettivo e diffuso rispetto anche sulle ricette rosse, in prima istanza, quantomeno sulle prescrizioni delle 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui all'Allegato A).

L'utilizzo nella pratica prescrittiva dell'indicazione del grado di urgenza della prestazione richiesta, oltre alla segnalazione del quesito diagnostico, consentirà ai sistemi di prenotazione di indirizzare le richieste alle corrispondenti agende configurate anch'esse per classi di priorità.

Obiettivo: indicazione su tutte le ricette del SSN della classe di priorità e del quesito diagnostico.

- Tempi:** i) entro un mese dalla pubblicazione del presente provvedimento, per le prescrizioni delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale e le 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui all'Allegato A);
ii) entro dodici mesi, per tutte le altre prescrizioni.

C. Separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale: “primo accesso” vs “accesso successivo” per follow-up e/o controllo

Uno degli aspetti fondamentali per la riduzione dei tempi di attesa è costituito dalla capacità del sistema sanitario di gestire la domanda di prestazioni, mediante il ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico-terapeutiche.

Per questo motivo, nelle prescrizioni devono 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.

Al riguardo, occorre ricordare come la domanda di prestazioni di “primo accesso” sia completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, rispetto alla domanda di prestazioni di “accesso successivo” relativi a controlli e/o *follow-up*, rientranti in percorsi di cura più o meno standardizzati relativi a problemi clinici già definiti, che comportano la “presa in carico” dell'assistito.

In relazione alla tipologia di accesso, già la DGRC n. 271/2012 ha previsto, infatti, che le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal SSN debbano obbligatoriamente riportare nelle procedure di prenotazione l'indicazione di prima visita e controllo, fornendone una prima sommaria definizione.

Occorre, però, constatare come tali indicazioni siano state fin qui in larghissima parte disattese, anche perché spesso a tale classificazione di accesso non è, poi, seguita l'effettiva separazione dei percorsi assistenziali e la diversa organizzazione dei servizi aziendali di prenotazione, assistenza e successivo trattamento delle informazioni.

È, invece, assolutamente indispensabile ribadire in questa sede, da un lato, l'obbligo a carico del medico prescrittore di indicare la tipologia di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e, dall'altro, la necessità che l'intera organizzazione del sistema di offerta delle strutture erogatrici sia articolata in modo tale da prevedere una diversa modalità di prenotazione e da consentire la conseguente separazione dei percorsi assistenziali.

A tal fine, la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, con particolare riferimento alle AA.SS.LL., sono impegnate a promuovere e divulgare tale pratica presso i medici prescrittori, verificandone l'effettivo e diffuso rispetto, in prima istanza, sulle prescrizioni delle 43 prestazioni ambulatoriali (di cui all'Allegato A).

Allo stesso modo, la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e le Direzioni Generali di tutte le Aziende Sanitarie sono impegnate ad apportare gli opportuni accorgimenti organizzativi ed operativi finalizzati a garantire l'effettiva separazione dei percorsi, sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione, ivi compresa la possibilità che per gli “accessi successivi” il medico specialista possa, in relazione a percorsi diagnostico-terapeutici ben definiti ed a selezionate tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale, realizzare l'effettiva “presa in carico” dell'assistito.

Attualmente, dopo la prima prescrizione (per lo più da parte del medico di medicina generale) ed eseguita la relativa prestazione diagnostico-terapeutica, nel caso in cui il paziente necessiti di una ulteriore prestazione (di controllo e/o *follow-up*) viene, di norma, rinviato al medico di medicina generale perché provveda ad

effettuare una nuova prescrizione e sull'utente ricade anche l'onere di una nuova prenotazione. Tale comportamento determina una perdita nel tracciamento del percorso del paziente, poiché non si riesce ad evidenziare il percorso diagnostico dell'utente stesso tra la fase iniziale di identificazione del suo bisogno e quelle successive.

Il cambiamento in termini organizzativi è dato dal fatto che le ulteriori prestazioni di cui il paziente ha eventualmente bisogno potrebbero essere direttamente prenotate dal medico specialista che per la prima volta ha “preso in carico” il paziente stesso. Ovviamente, occorre garantire che tale modalità sia attentamente verificata e regolamentata, per definire quali sono i suoi ambiti circoscritti e le corrette modalità di relazione con i medici di medicina generale. Uno degli strumenti che può essere utilizzato per garantire tale modalità organizzativa è rappresentato dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

La distinzione è essenziale per valutare adeguatamente il problema dei tempi di attesa, ed è intuitiva la consistente differenziazione tra “primo accesso” ed “accesso successivo”, anche in termini di percezione da parte dell'utente.

Per gli accessi successivi la “presa in carico” del paziente è già avvenuta. In tal senso, quindi, la rilevazione del tempo di attesa trova una differenziazione sostanziale tra prestazioni di “primo accesso”, la cui tempistica deve essere garantita e monitorata rispetto alle classi di priorità di cui si è già detto, e gli “accessi successivi”, la cui relativa tempistica va garantita e monitorata in relazione a quanto eventualmente previsto negli specifici PDTA.

È evidente che l'effettiva separazione dei percorsi, sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione, relativi ai “primi accessi” rispetto agli “accessi successivi” per controlli/*follow-up* richiede, a livello regionale ed aziendale, la messa a punto di una serie di azioni sistemiche ed integrate finalizzate a migliorare i livelli di assistenza territoriale, ed in particolare:

- lo sviluppo ed il potenziamento del sistema delle cure primarie, al fine di renderlo pienamente in grado di prendersi in carico i pazienti cronici con modalità di tipo proattivo e con risposte di tipo multi-professionale;
- l'integrazione funzionale dei diversi servizi sanitari e socio-sanitari orientata dalla centralità dei bisogni dei pazienti e finalizzata alla continuità delle cure;
- l'elaborazione di PDTA per le principali patologie croniche e la loro realizzazione pratica.

Risulta, a questo punto, opportuno definire in maniera più puntuale ed esaustiva le due diverse tipologie di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal SSN, rispetto a quanto già affermato nella citata DGRC n. 271/2012.

Definizione di “primo accesso”

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono definite di “primo accesso”, ed indicate quindi tali sulla ricetta del SSN da parte del medico prescrittore, quando trattasi di prime visite e di prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, riferite al primo contatto del paziente con il sistema sanitario relativamente al problema di salute posto. Sono da intendere prestazioni di “primo accesso” anche quelle indotte dallo specialista che osserva per primo il paziente, ritenute dallo stesso necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico. Possono essere anche considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia (anche in questo caso si dovrà indicare sulla ricetta “primo accesso”).

Nel caso si tratti di “primo accesso”, sulle prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale, oltre al quesito diagnostico e, appunto, all'indicazione di “primo accesso”, dovrà essere indicata anche una delle classi di priorità di cui si è detto in precedenza.

Definizione di “accesso successivo” per follow-up e/o controllo

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono definite di “accesso successivo”, in via residuale, in tutti i casi non definibili quali “primo accesso”. Esse riguardano pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale, per cui le relative prestazioni sono erogate nell’ambito di un percorso di cura individuato e/o di una presa in carico per patologia cronica. Si tratta, in sostanza, di visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso, che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. Sono prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l’evoluzione di patologie croniche, a valutare a distanza l’eventuale insorgenza di complicanze, a verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell’intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso.

Nel caso si tratti di “accesso successivo”, sulle prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà essere biffata la casella “altro”, mentre non dovrà essere indicata alcuna classe di priorità. Ne consegue che le prestazioni di specialistica ambulatoriale, così qualificate, non dovranno essere prese in considerazione, ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa massimi garantiti per le prestazioni di “primo accesso”. I tempi di attesa per queste prestazioni di “accesso successivo” saranno, invece, a seconda dei casi, monitorate ai fini del rispetto dei tempi eventualmente fissati nei relativi PDTA.

Obiettivo: separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Tempi: i) entro sei mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, per le prescrizioni delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale (di cui all’Allegato A);
ii) entro diciotto mesi, per tutte le altre prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

D. Gestione delle agende di prenotazione

Per l’efficace governo e monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa non si può prescindere dalla gestione informatizzata e trasparente di tutte le agende di prenotazione, che devono essere integralmente visibili dai CUP aziendali e, in prospettiva, anche dal CUP integrato regionale.

In particolare, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie devono garantire che le agende di prenotazione siano organizzate secondo gli indirizzi esposti di seguito:

- tutte le agende di prenotazione devono essere informatizzate e visibili dal CUP aziendale e, in prospettiva, dal CUP integrato regionale;
- tutte le agende di prenotazione devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separata la programmazione dell’attività istituzionale da quella dell’attività libero professionale, entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale e, in prospettiva, dal CUP integrato regionale;
- per quanto riguarda, nello specifico, le agende di prenotazione dell’attività libero professionale, pur dovendo essere garantita – come si è detto – la piena informatizzazione e visibilità delle stesse da parte del CUP aziendale, la relativa gestione, per motivi organizzativi, può rimanere in capo ai singoli professionisti;
- tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separati i “primi accessi” dagli “accessi successivi”;
- tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella sezione relativa ai “primi accessi”, devono essere organizzate per classi di priorità e, nel caso delle AA.SS.LL., devono consentire la gestione dei tempi massimi di attesa all’interno degli Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG), come definiti più avanti nel presente documento;
- tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella sezione relativa ai “primi accessi”, devono essere opportunamente “semplificate”, con l’eliminazione delle agende

ultraspecialistiche eventualmente esistenti; in generale, occorre evidenziare che, per ottimizzare la capacità produttiva, la sezione di tali agende relativa ai “primi accessi”, organizzata per codice di priorità, deve essere strutturata per branca/disciplina e non per specifico ambito/quesito diagnostico e, di conseguenza, l’organizzazione della relativa offerta deve comprendere tutte le tipologie di specialisti necessari. Le prestazioni ultraspecialistiche, da intendersi di “accesso successivo”, saranno erogate con presa in carico diretta da parte dello specialista;

- tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero programmate (ricovero ordinario, *day hospital* e *day surgery*) devono essere organizzate per classi di priorità.

La mancata presentazione degli utenti per prestazioni già prenotate costituisce un fenomeno molto significativo, che assume dimensioni tanto più rilevanti quanto più lungo è il tempo di attesa annunciato. Per questo motivo, nella gestione delle agende di prenotazione le Aziende Sanitarie devono prestare particolare attenzione alle attività di:

- *overbooking*;
- *recall*;
- gestione delle disdette.

Al riguardo, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie sono impegnate ad organizzare le agende in modo tale da prevedere, nell’attività di prenotazione, un *overbooking* sistematico per consentire la copertura di eventuali rinunce degli utenti non comunicate per tempo. La percentuale di tale *overbooking* deve essere, naturalmente, commisurata caso per caso all’incidenza media delle rinunce registrate in passato. In via generale ed orientativa, può essere considerato adeguato un livello di *overbooking* del 20%, misura che deve intendersi in senso dinamico in modo da adeguarla di volta in volta all’effettiva quota di appuntamenti disattesi, che in prospettiva potrebbe anche ridursi in presenza di una sensibile riduzione dei tempi di attesa.

Allo stesso modo, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie provvedono ad attivare meccanismi di *recall*, mediante i quali, entro un intervallo di tempo prestabilito, vengono ricordati agli utenti prenotati gli appuntamenti già fissati. Nelle attività di *recall* le Aziende Sanitarie si avvalgono delle modalità di comunicazione ritenute più idonee rispetto alla situazione specifica (promemoria inviati via *email*; messaggi sms; messaggi *whatsapp*; telefonate; etc.), purché sia possibile avere conferma della ricezione del messaggio da parte dell’utente. In prima istanza, è opportuno concentrare le telefonate di *recall* per le prestazioni più critiche e/o a maggior consumo di risorse e, comunque, per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui all’Allegato A).

Le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie sono, infine, tenute a rendere il più agevole possibile per l’utente la disdetta della prenotazione, che deve essere obbligatoriamente effettuata entro le 48 ore precedenti l’erogazione della prestazione, garantendo che:

- la disdetta possa sempre essere effettuata attraverso il medesimo canale utilizzato per la prenotazione (numero verde; sportello CUP; farmacia; *web*; etc.);
- all’atto della prenotazione, siano indicate all’utente tutte le modalità attraverso le quali disdire l’appuntamento; tali modalità devono essere riportate anche nella documentazione della prenotazione e nei messaggi di *recall*;
- siano realizzate periodiche campagne di informazione e di sensibilizzazione rivolte ai cittadini sull’importanza della disdetta.

Si richiama, al riguardo, la normativa nazionale concernente le mancate presentazioni non comunicate per tempo e le eventuali sanzioni da applicare e, in particolare, l’art. 3, comma 15, del D.Lgs. n. 124/1998.

Obiettivo: gestione delle agende di prenotazione secondo le presenti Linee di indirizzo.

Tempi: i) entro tre mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale (di cui all’Allegato A);
ii) entro sei mesi, per le 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui sempre all’Allegato A);

iii) entro diociotto mesi, per tutte le altre prestazioni sanitarie.

E. Appropriatelyzza nelle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

La variabilità dei comportamenti prescrittivi assume un ruolo importante nella gestione delle liste di attesa, in quanto risulta direttamente correlata alla formazione della domanda di prestazioni.

La valutazione periodica dell'appropriatelyzza nelle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è specifico compito delle AA.SS.LL., le quali individuano, anche mediante analisi di variabilità territoriale, le aree di iperprescrizione, quantificando l'inappropriatelyzza sia clinica che organizzativa, derivante eventualmente da comportamenti opportunistici od omissivi.

Ferme restando le disposizioni e le indicazioni nazionali e regionali dettate in materia di appropriatelyzza prescrittiva, è opportuno in questa sede richiamare, nello specifico, l'attenzione delle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. sulla necessità di effettuare verifiche mirate ed incisive, in ordine alla variabilità dei comportamenti prescrittivi ed alle eventuali aree di iperprescrizione delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale (di cui all'Allegato A), al fine di minimizzarne l'impatto sulla formazione delle relative liste.

A tal fine, la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale provvede a mettere periodicamente a disposizione delle AA.SS.LL., in prima istanza per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale (di cui all'Allegato A), dati di letteratura, consumi medi nazionali e regionali, utili alle analisi di *benchmarking*.

Obiettivo: valutazione periodica dell'appropriatelyzza nelle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale (di cui all'Allegato A).

Tempi: entro tre mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento e per tutto l'arco temporale di riferimento.

F. Garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” in maniera uniforme su tutto il territorio aziendale: Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG)

Le AA.SS.LL. sono chiamate a mettere in atto azioni più incisive per garantire sia il pieno governo delle liste di attesa, che l'equità di accesso ai cittadini su tutto il territorio aziendale.

A tal fine, le Direzioni Generali delle AA.SS.LL. suddividono il territorio di pertinenza in specifici “Ambiti di Garanzia” territoriali, distrettuali o sovra-distrettuali per le prestazioni caratterizzate da un'elevata domanda e da bassa o media complessità tecnologica e/o specialistica. Per le prestazioni di alta specialità, caratterizzate da minore domanda ed elevata complessità tecnologica e/o specialistica, se non erogate da nessuna struttura sanitaria aziendale ovvero se l'Azienda non è in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti, dovranno essere definiti specifici accordi con altre strutture sanitarie extra aziendali, preferibilmente presenti nel proprio territorio (AA.OO., AA.OO.UU. e I.R.C.C.S.) o, al massimo, in aree limitrofe (cd. “Percorsi di Garanzia”).

In prima istanza, le Direzioni Generali delle AA.SS.LL. presteranno particolare attenzione e daranno assoluta priorità all'attivazione degli Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG) aventi ad oggetto le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” (di cui all'Allegato A), rispetto alle quali sia stata indicata dal medico prescrittore la classe di priorità B (Breve, entro 10 giorni) o D (Differibile, entro 30/60 giorni), qualora con le sole strutture aziendali non sia possibile garantire il rispetto dei tempi massimi ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti. Laddove ritenuto necessario, le AA.SS.LL. potranno valutare l'opportunità di

attivare Percorsi di Garanzia, oltre che con le altre Aziende Sanitarie insistenti nel medesimo ambito territoriale, anche con gli erogatori privati accreditati insistenti negli Ambiti di Garanzia di riferimento, vincolandoli comunque al rispetto dei limiti di spesa e delle condizioni previste dai contratti stipulati e sottoscritti da entrambe le parti per l'esercizio finanziario in corso. Per tale ultima eventualità è da incoraggiare l'inserimento delle agende di prenotazione del soggetto accreditato nel CUP aziendale.

Gli Ambiti di Garanzia vengono individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private, della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza. Indispensabile, in tale fase, risulta essere l'analisi "storica" della domanda e dell'offerta in termini di quantificazione dei volumi di prestazioni erogate per ogni struttura erogatrice.

A tale scopo, i sistemi CUP aziendali devono essere strutturati in maniera tale da proporre, come prima scelta, l'offerta con il tempo più breve di attesa riferita all'Ambito di Garanzia dell'assistito per le prestazioni di base a media o bassa complessità assistenziale. Qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta all'interno dell'Ambito di Garanzia o erogabile attraverso specifici Percorsi di Garanzia, decade dalla garanzia del rispetto dei tempi massimi. Pertanto, nella fase di prenotazione, deve essere acquisita l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata "in garanzia".

Le AA.SS.LL. assicurano la massima diffusione, tra i propri assistiti, dell'informazione relativa all'attivazione di "Ambiti di Garanzia" e di "Percorsi di Garanzia", utilizzando i diversi strumenti di comunicazione disponibili (siti *web* aziendali, le farmacie, gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, etc.).

Obiettivo: attivazione, in prima istanza, degli Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG) aventi ad oggetto le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" (di cui all'Allegato A), rispetto alle quali sia stata indicata dal medico prescrittore la classe di priorità B (Breve, entro 10 giorni) o D (Differibile, entro 30/60 giorni).

Tempi: entro sei mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento.

G. Interventi da eseguire sui CUP aziendali ed attivazione del CUP regionale

I sistemi CUP aziendali, già rivisti ed aggiornati in coerenza con le Linee guida nazionali del sistema CUP, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 (rep. 52/CSR) ed alla DGRC n. 484/2011 di recepimento, devono essere organizzati in modo tale da avere piena visibilità di tutte le agende di prenotazione dell'attività istituzionale e di quella libero professionale, così come ristrutturare e riorganizzate secondo le linee di indirizzo esposte al punto D del presente documento.

Al fine di rendere l'accesso alle prenotazioni delle prestazioni, da parte degli utenti, sempre più semplice, immediato e fruibile, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie provvedono, eventualmente anche in modalità condivisa e federata, a rendere i sistemi CUP aziendali accessibili attraverso la più ampia gamma di canali:

- sportello;
- telefono;
- numero verde;
- farmacia;
- sito *web*;
- *app*.

In aggiunta a ciò, la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e le Direzioni Generali di tutte le Aziende Sanitarie sono impegnate a rendere i sistemi CUP

aziendali interfacciabili con gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, affinché questi ultimi possano effettuare la prenotazione contestualmente alla prescrizione della prestazione.

La DGRC n. 271/2012, oltre ad imprimere un impulso alla realizzazione dei CUP aziendali, quali sistemi di prenotazione interni alle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e I.R.C.C.S., ha anche previsto la realizzazione di un CUP integrato regionale, denominato CUREP, quale canale di accesso alle agende di prenotazione, federato ed aggiuntivo rispetto ai canali dei singoli CUP.

I continui cambiamenti ed innovazioni che hanno caratterizzato negli ultimi tempi la sanità digitale ed in particolare quelli relativi all'introduzione della ricetta dematerializzata ed alle modalità di accesso ai sistemi di prenotazione delle prestazioni sanitarie eseguibili attraverso il *web* e le *app* degli *smartphone*, nonché le nuove modalità di facilitazione dei pagamenti, mediante la moneta elettronica, rendono necessaria una tempestiva valutazione, da parte degli uffici istituzionalmente preposti, sull'effettivo stato di realizzazione ed attivazione del CUREP e sulla sua conformità agli attuali *standard* della sanità digitale.

L'attivazione di un CUP integrato regionale assume, comunque, carattere prioritario anche alla luce:

- di quanto espressamente previsto nell'ambito della Linea Progettuale 1 “Attività di Assistenza Primaria”, di cui al DCA n. 134/2016 di approvazione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34-*bis*, della Legge n. 662/1996, per gli anni 2014, 2015 e 2016;
- dell'Intervento 18.2 “Gestione delle Liste di Attesa” dei Programmi Operativi 2016-2018 di prosecuzione del Piano di Rientro, approvati da ultimo con DCA n. 14/2017.

Nella prospettiva della piena attivazione del sistema CUP integrato regionale, occorre ribadire in questa sede che:

- le Aziende Sanitarie dovranno garantire che, mediante il CUP regionale, sarà possibile effettuare la prenotazione di tutte le prestazioni prenotabili attraverso il proprio CUP aziendale;
- le Aziende Sanitarie non dovranno discriminare in alcun modo le disponibilità proposte e le prenotazioni effettuate attraverso il CUP regionale, rispetto a quelle gestite mediante il proprio CUP aziendale;
- le disponibilità esposte attraverso il CUP regionale dovranno essere determinate accedendo alle stesse agende dei CUP aziendali;
- l'assistito dovrà essere messo in grado di poter scegliere se prenotare attraverso il CUP aziendale o il CUP regionale, per cui i centri di prenotazione dovranno essere organizzati in modo tale da non limitare in alcun modo la possibilità di scelta dell'assistito;
- le prenotazioni effettuate per il tramite del CUP regionale dovranno essere gestite dalla struttura erogatrice della prestazione in modo del tutto equivalente ad una prenotazione effettuata attraverso il CUP aziendale.

In ogni caso, nelle more della piena attivazione del sistema CUP integrato regionale, le Direzioni Generali di tutte le Aziende Sanitarie provvedono ad integrare i sistemi CUP aziendali, garantendo che quantomeno le agende di prenotazione delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” (di cui all'Allegato A), siano accessibili da tutti i sistemi CUP aziendali delle Aziende Sanitarie (AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e I.R.C.C.S.) aventi punti di offerta nella medesima Provincia, fermo restando il rispetto, da parte delle AA.SS.LL., degli Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG) per il rispetto dei tempi massimi di attesa, come definiti in precedenza.

Obiettivo: adeguamento dei sistemi CUP aziendali ed attivazione del CUP integrato regionale.

- Tempi:** i) entro sei mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, per l'ampliamento, anche in modalità condivisa e federata, della gamma dei canali di accesso ai sistemi CUP aziendali;
- ii) entro dodici mesi, per l'accessibilità di tutte le agende di prenotazione delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” (di cui all'Allegato A), da parte di tutti i sistemi

- CUP aziendali delle Aziende Sanitarie (AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e I.R.C.C.S.) aventi punti di offerta nella medesima Provincia;
- iii) entro diciotto mesi, per il collegamento dei sistemi CUP aziendali con gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- iv) a partire da diciotto mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, per l'attivazione del CUP integrato regionale.

H. Monitoraggio del rispetto dei tempi massimi di attesa da garantire per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” e di ricovero programmato. Azioni conseguenti

Il governo delle liste di attesa, per essere efficace, necessita che le Aziende Sanitarie siano in grado di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita; tale conoscenza rappresenta un indispensabile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito della specifica Azienda ed anche su scala regionale.

Risulta, perciò, necessario utilizzare strumenti di misurazione che consentano la rilevazione standardizzata del fenomeno delle liste d'attesa e l'agevole comparazione tra diversi erogatori e tra differenti realtà territoriali.

A tal fine, fermi restando i modelli di monitoraggio attualmente in uso presso le diverse realtà aziendali, nonché l'attività di alimentazione dei flussi informativi necessari per garantire l'assolvimento del debito informativo regionale e ministeriale, per il monitoraggio periodico del grado di raggiungimento dell'obiettivo di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità (e riportati nell'Allegato A), al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici aziendali, le Aziende Sanitarie sono tenute a calcolare almeno mensilmente, per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” e per le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato, indici di *performance* per ciascuna prestazione in funzione della rispettiva classe di priorità, ponendo al numeratore il numero di prestazioni prenotate/erogate nel periodo di riferimento entro i giorni massimi previsti per la specifica classe di priorità segnalata ed al denominatore il numero totale di prestazioni prenotate/erogate nello stesso periodo aventi la medesima classe di priorità.

Le Aziende provvederanno a pubblicare mensilmente, nell'apposita sezione dedicata alle liste di attesa del proprio sito *web* aziendale, i dati del monitoraggio effettuato attraverso gli indici di *performance*, come sopra definiti.

Il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa) individua le modalità più idonee per effettuare il monitoraggio periodico degli indicatori di *performance* calcolati dalle singole Aziende Sanitarie.

Sono escluse dal calcolo di tali indicatori di *performance* le prestazioni di emergenza/urgenza clinica, le visite/esami di controllo, intesi come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente, nonché le prestazioni inserite in programmi di screening.

È evidente che gli indicatori di *performance*, così calcolati, assumeranno via via maggiore significatività, parallelamente alla messa in campo delle diverse azioni previste dalle presenti Linee di indirizzo, *in primis* quelle relative all'obbligo di riportare la classe di priorità al momento della prescrizione e alla separazione, per le prescrizioni di specialistica ambulatoriale, del canale “primo accesso”, soggetto a monitoraggio, da quello degli “accessi successivi”.

Le Aziende Sanitarie, attraverso il monitoraggio e l'analisi dei dati, hanno dunque l'opportunità conoscere, comprendere e gestire le cause che determinano l'allungamento dei tempi di attesa e la possibilità di individuare le azioni di miglioramento conformemente a quanto indicato nel presente documento.

Nei casi più critici, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie valutano l'opportunità di intervenire, pur sempre nel rispetto dei vincoli di bilancio e previa verifica dell'appropriatezza prescrittiva, mediante:

- l’incremento della capacità produttiva, sia attraverso azioni di miglioramento dell’efficienza, sia estendendo gli orari di attività nelle giornate feriali e, nelle situazioni più complesse da gestire, ricorrendo anche alle aperture di sabato e di domenica degli ambulatori;
- la stipula di accordi specifici con altre Aziende Sanitarie o con strutture private accreditate;
- la presa in carico clinica da parte dello specialista, per contenere il numero dei “primi accessi”.

Obiettivo: garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità (e riportati nell’Allegato A), al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici aziendali.

Tempi: i) entro sei mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, per il raggiungimento dell’indice di *performance* pari ad almeno il 90% rispetto alle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” (di cui all’Allegato A);
ii) entro dodici mesi, per il raggiungimento dell’indice di *performance* pari ad almeno il 90% rispetto alle 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui sempre all’Allegato A);
iv) a partire da diciotto mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, per il raggiungimento dell’indice di *performance* pari ad almeno il 90% rispetto a tutte le altre prestazioni.

I. Equilibrio tra i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie erogate nell’ambito dell’attività istituzionale e quelli relativi all’attività libero professionale

In via preliminare, si ritiene opportuno precisare, così come stabilito dalla vigente normativa nazionale e regionale, che le Aziende Sanitarie devono regolamentare i volumi di attività ed i tempi di attesa, affinché il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non di carenza nell’organizzazione dei servizi resi nell’ambito dell’attività istituzionale.

Le Aziende Sanitarie devono assicurare che l’esercizio dell’attività libero professionale non sia in contrasto con le proprie finalità ed attività istituzionali e che lo svolgimento sia organizzato in modo tale da garantire l’integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi.

Ne consegue che le Aziende Sanitarie sono chiamate a distinguere in modo puntuale, per ciascuna branca/disciplina, comprese ovviamente le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato (di cui all’Allegato A), i volumi offerti in regime istituzionale da quelli offerti in regime di libera professione e a curare la completezza dei dati al fine di confrontare i volumi di attività.

A tal fine, le Aziende Sanitarie hanno l’obbligo di predisporre un piano aziendale, riferito alle singole unità operative, concernente i volumi di attività istituzionale ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia.

In presenza di liste d’attesa che esorbitano in maniera sistematica e continuativa i tempi massimi previsti dalla normativa regionale vigente, le Aziende Sanitarie devono ridefinire i volumi concordati di attività libero professionale fino al ristabilimento del diritto di accesso alle prestazioni nei tempi massimi previsti per l’attività istituzionale.

Il verificarsi di squilibri significativi e duraturi tra le liste d’attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale pone l’Azienda Sanitaria nelle condizioni di dover sospendere l’esercizio della libera professione per i professionisti dell’*equipe*. La sospensione deve essere temporanea e si accompagna alla pianificazione degli strumenti organizzativi e strutturali necessari a riportare il sistema in equilibrio e a garantire ai professionisti il diritto all’esercizio della libera professione e ai cittadini l’opportunità di usufruirne.

La sospensione dell'attività libero professionale non può protrarsi per più di 2 mesi e non si può effettuare per più di 6 mesi all'anno, dal momento che essa deve essere un evento eccezionale, che richiama il SSR nel suo insieme, nelle sue componenti professionali e direzionali, all'adeguamento del piano di produzione alle necessità organizzative presenti localmente.

Per quanto concerne, infine, le possibili azioni da mettere in atto per il raggiungimento del presente obiettivo, le Aziende Sanitarie, oltre a quanto innanzi riportato, devono garantire sia la piena tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti resi in regime di libera professione intramuraria (ALPI), sia interna che esterna, sia la visione completa delle agende ALPI da parte dei CUP aziendali (e quindi, in prospettiva, anche da parte dell'interfaccia regionale), pur potendo rimanere la gestione delle agende ALPI anche in capo ai singoli professionisti.

Al fine di garantire il raggiungimento dell'obiettivo fissato, 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, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, deve essere vincolata unicamente alla riduzione dello squilibrio tra le liste d'attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale.

Obiettivo: le Aziende Sanitarie devono realizzare un progressivo e costante allineamento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in regime istituzionale rispetto ai tempi di attesa delle stesse prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria. In particolare si dovrà registrare, nelle unità operative nelle quali si registrano attualmente significativi squilibri, un rilevante miglioramento o consolidamento, laddove già migliorato, dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali rispetto a quelle rese in ALPI (squilibrio ridotto almeno del 70%).

Tempi: l'obiettivo va realizzato fin da subito in maniera progressiva e costante per l'intero orizzonte temporale di riferimento, in modo tale che, entro diciotto mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, nelle unità operative nelle quali si registrano attualmente significativi squilibri, il disallineamento sia ridotto di almeno il 70%.

J. Comunicazione e trasparenza

Negli ultimi anni, si è assistito ad un profondo mutamento nella percezione che la collettività ha dei propri diritti nell'ambito dei servizi pubblici. Parallelamente, sono cresciute le aspettative verso il rispetto di tali diritti, aspettative che vengono espresse sia in forma individuale e diretta, soprattutto da parte degli utenti più consapevoli, sia attraverso i vari movimenti ed associazioni che si propongono di dare voce ai consumatori.

Nel considerare il tema delle liste d'attesa, si deve innanzitutto ricordare che l'informazione e la comunicazione sono momenti fondamentali e irrinunciabili della più generale strategia che l'Azienda Sanitaria adotta per intervenire sul problema, così come per rendere concreto il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini, ovvero la loro possibilità di determinare l'organizzazione e la qualità dei servizi, utilizzandoli nel modo più appropriato ed efficace.

Si tratta, infatti, di un aspetto che attiene non solo alla relazione personale tra il medico ed il proprio paziente, ma anche al rapporto tra la struttura erogatrice di prestazioni sanitarie ed i cittadini che ne fruiscono. Un sistema complesso di interazioni che contribuiscono, in modo decisivo, alla costruzione di quel rapporto di fiducia che, nell'ambito della salute, si pone come assolutamente fondamentale.

L'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e la necessità di prestarvi un'adeguata attenzione è, come è noto, contenuta già nel D.P.C.M. del 19.5.95 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari". Da ultimo, sul tema della trasparenza dei tempi e delle liste di attesa, è intervenuto pure l'art. 41 del D.Lgs. n. 33/2013.

Al riguardo, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie assicurano che sui propri siti *web* siano periodicamente aggiornate le informazioni richieste dalla normativa di riferimento, in ordine ai tempi medi di attesa per le diverse prestazioni sanitarie erogate sia in regime istituzionale sia in quello libero professionale, e che le stesse siano facilmente accessibili e comprensibili.

Obiettivo: garantire la massima trasparenza dei tempi di attesa per le diverse prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dell'attività istituzionale ed in quella libero professionale, promuovendo la più ampia partecipazione degli utenti, degli operatori del SSR, delle organizzazioni sindacali e delle associazioni di pazienti e consumatori sul tema del governo delle liste di attesa.

Tempi: entro tre mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento e per tutto il periodo di riferimento.

ALLEGATO C**COMITATO TECNICO REGIONALE PER LE LISTE DI ATTESA (CTRLa)****Composizione del Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa)**

Nell'ambito della Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, è istituito il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa) la cui composizione è la seguente:

- il Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del S.S.R. o suo delegato;
- il dirigente dell'Unità Operativa Dirigenziale "Assistenza Territoriale";
- il dirigente dell'Unità Operativa Dirigenziale "Assistenza Ospedaliera";
- il dirigente dell'Unità Operativa Dirigenziale "Programmazione e pianificazione sanitaria";
- il dirigente dell'Unità Operativa Dirigenziale "Monitoraggio e gestione delle piattaforme informatiche";
- il dirigente dell'Unità Operativa Dirigenziale "Sistema informativo e Sanità elettronica";
- il dirigente dell'Unità Operativa Dirigenziale "Personale del S.S.R."

Il CTRLa si riunisce almeno una volta ogni due mesi. All'occorrenza, in rappresentanza delle Aziende Sanitarie, sono invitati a partecipare alle riunioni del CTRLa, a seconda delle specifiche materie da approfondire, i Direttori Sanitari aziendali e/o i Referenti Aziendali Unici per le liste di attesa.

Mandato del Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa)

Il CTRLa rappresenta un vero e proprio "Osservatorio" sullo stato di attuazione dei programmi di riduzione dei tempi di attesa e dei meccanismi di governo attivati a livello aziendale. Provvede alle attività di monitoraggio periodico (con cadenza almeno bimestrale) dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'attività istituzionale e di quelli relativi all'attività libero professionale.

Il CTRLa svolge, in particolare, i seguenti compiti:

- svolge azione consultiva e propositiva in ordine alla corretta applicazione, da parte delle Aziende Sanitarie, delle Linee di indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa – obiettivi per gli anni 2017 e 2018 (di cui all'Allegato B);
- effettua il monitoraggio delle azioni messe in campo per il contenimento dei tempi di attesa, anche mediante recepimento delle segnalazioni pervenute dalle associazioni dei pazienti più rappresentative;
- effettua il monitoraggio dei tempi di attesa attraverso le rilevazioni delle attività aziendali erogate in regime istituzionale e in ALPI;
- svolge l'analisi e la valutazione dei dati aziendali, aggregandoli anche a livello provinciale e regionale;
- supporta le Aziende Sanitarie nell'individuazione delle azioni più utili per il superamento delle criticità rilevate, anche attraverso l'indicazione di interventi innovativi;
- redige relazioni semestrali sui risultati ottenuti da ciascuna Azienda Sanitaria, con particolare riferimento allo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento e delle prestazioni ancora critiche;
- assume informazioni in merito all'effettivo utilizzo, da parte delle Aziende Sanitarie, delle risorse relative: (i) all'applicazione dell'art. 2, comma 1, lettera e), secondo periodo, del Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189 dell'8 novembre 2012; (ii) alle linee progettuali inerenti, tra l'altro, la riduzione delle liste di attesa nell'ambito della realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della Legge n. 662/1996, per gli anni 2014, 2015 e 2016;
- istruisce eventuali richieste riguardanti l'acquisizione di risorse finanziarie finalizzate al superamento delle criticità rilevate.