

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 APRILE 2024, N. 619

- 2 N.619/2024 - Approvazione dello schema di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e le Organizzazioni sindacali dei medici di Medicina generale per la definizione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 APRILE 2024, N. 620

- 8 N.620/2024 - Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 APRILE 2024, N. 619

Approvazione dello schema di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e le Organizzazioni sindacali dei medici di Medicina generale per la definizione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate:

- la propria deliberazione n. 1240 del 25.07.2022 con la quale è stato approvato lo schema di intesa tra l'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna e le Organizzazioni Sindacali della Medicina Generale e precisamente: FIMMG, SNAMI, SMI, Federazione CISL Medici, ed autorizzato alla sottoscrizione dello stesso il Direttore della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, nonché i contenuti del Verbale di intesa citato, per la definizione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria;

- la propria deliberazione n. 563 del 12.04.2023 con la quale è stato approvato lo schema di proroga dell'intesa di cui alla citata DGR n. 1240/2022;

Posto che i presupposti sui quali poggiava il Verbale di intesa citato in precedenza sono tuttora validi e vanno quindi confermati, ed in particolare che:

- nelle more delle necessarie definizioni a livello nazionale, considerata la situazione di estrema criticità di carenza dei medici di medicina generale e le conseguenze dello stato di emergenza epidemiologica che hanno impattato sulle attività e sulla sostenibilità del sistema sanitario, si rende necessario mantenere, in via temporanea ed in deroga all'ACN per la medicina generale, le azioni di cui ai punti individuati nel Verbale di Intesa oggetto del presente rinnovo, al fine di continuare a migliorare, nell'immediato, la copertura assistenziale sanitaria di primo livello nel territorio regionale, scongiurando interruzioni di pubblico servizio;

- risulta ancora necessario fornire il supporto ai medici di Medicina Generale impegnati a garantire la copertura assistenziale negli ambiti territoriali della Regione, di concerto con un'efficace azione di "debuocratizzazione" delle attività correlate alla cura ed assistenza;

- le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna si trovano, tuttora, ad affrontare severe difficoltà nell'incaricare medici convenzionati per la Medicina Generale a copertura degli ambiti territoriali vacanti determinati ogni anno;

- i medici in corso di formazione specifica in medicina generale continuano nell'opera di contribuire fattivamente al mantenimento dei livelli di assistenza previsti nei diversi settori della medicina generale e che, al contempo, deve, comunque, essere salvaguardato il percorso e gli obiettivi formativi definiti;

Rilevato che le criticità sopra evidenziate sono collegate non solo alla gestione della pandemia di Covid 19, che ha assorbito molti professionisti impegnati nella presa in carico dei pazienti Covid e nella campagna di vaccinazione, ma sono anche causate dal massivo pensionamento dei medici di medicina generale verificatosi in questi ultimi anni e considerato che, con riferimento alla programmazione dei nuovi ingressi e alla formazione dei medici, i correttivi ad oggi introdotti con l'incremento delle borse di formazione, tenuto conto dei tempi tecnici per il completamento dell'iter formativo, non consentono di affrontare rapidamente la situazione di carenza che si è andata aggravando;

Posto che la problematica relativa al fabbisogno di personale medico investe con urgenza, tuttora, anche il livello normativo;

Considerato:

- l'obiettivo comune di proseguire nelle azioni di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e che si debba continuare a potenziare la risposta territoriale alla grave situazione emergenziale che si sta affrontando, valorizzando il contributo professionale della Medicina Generale;

- che il tavolo trattante per la definizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina generale 28.04.2022, già attivo, sta continuando il confronto al fine della stesura e ratifica dello stesso;

Ritenuto pertanto opportuno, visto il perdurare della grave situazione di carenza di medici a rapporto convenzionale con il S.S.R., che sia necessario mantenere - in via temporanea ed in deroga all'ACN per la medicina generale, e nelle more delle necessarie definizioni a livello nazionale - le specifiche azioni a livello regionale già intraprese con proprie deliberazioni n. 1240 del 25.07.2022 e n. 563 del 12.04.2023, al fine di migliorare, nell'immediato, la copertura assistenziale sanitaria di primo livello nel territorio regionale, scongiurando interruzioni di pubblico servizio;

Preso atto che alla trattativa per l'ulteriore proroga dell'intesa oggetto della presente deliberazione hanno partecipato, in conformità a quanto previsto dall'art. 22, comma 10, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i. (non essendo al momento ancora applicabile il contenuto di cui all'art. 15, comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28.04.2022), le Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'A.C.N. 18.06.2020, nonché dell'A.C.N.

28.04.2022;

Dato atto che l'attività di negoziazione e di confronto fra parte pubblica e parte sindacale ha portato al raggiungimento di intese sui contenuti e gli obiettivi ed alla elaborazione di un testo condiviso dall'Assessore alle Politiche per la Salute, dal Direttore della Direzione generale Cura della Persona, salute e welfare e dalle Organizzazioni sindacali sopraindicate, che viene allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

Richiamati:

- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i.;
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 21.06.2018;
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 18.06.2020;
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28.04.2022;
- 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";
- l'Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale 29.09.2006 di cui alla propria deliberazione n.1398/2006;
- Decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 11;
- Decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 febbraio 2022, n. 15;
- Decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla Legge 19 maggio 2022, n. 52;
- il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;

Richiamato, in particolare, l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale, reso esecutivo in data 28 Aprile 2022 che, all'art.3, indica i contenuti demandati al livello di negoziazione regionale, ed all'art.4 comma 1 definisce gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale, tra cui l'integrazione delle reti territoriali dei medici di assistenza primaria con i servizi del territorio, anche allo scopo di evitare l'accesso improprio al Pronto Soccorso;

Richiamati:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;
- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19, "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43, "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;
- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29, recante "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale";

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017, concernente "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna", nonché le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria delibera n. 468/2017;
- n. 325 del 7 marzo 2022, avente ad oggetto "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";
- n. 426 del 21 marzo 2022, avente ad oggetto "Riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale. Conferimento degli incarichi ai Direttori Generali e ai Direttori di Agenzia";
- n. 1615 del 28 settembre 2022 "Modifica e assestamento degli assetti organizzativi di alcune direzioni generali/agenzie della giunta regionale";
- n. 2317 del 22 dicembre 2023 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'ente e gestione del personale. aggiornamenti in vigore dal 1° gennaio 2024";
- n. 157 del 29 gennaio 2024 "Piano integrato delle attività e dell'organizzazione 2024-2026. Approvazione";

Richiamate infine le determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022, con la quale si approva l'Allegato A) "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal decreto legislativo n. 33 del 2013. Anno 2022";
- n. 6229 del 31 marzo 2022, avente ad oggetto "Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Istituzione aree di lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali";

- n. 6248 del 01 aprile 2022 “Conferimento di incarico dirigenziale”, con cui è stato attribuito l’incarico di Responsabile del Settore Assistenza Territoriale;
- n. 7162 del 15 aprile 2022, recante “Ridefinizione dell’assetto delle Aree di lavoro dirigenziali della Direzione Generale Cura della Persona ed approvazione di alcune declaratorie”;
- n. 27228 del 29 dicembre 2023 “Proroga degli incarichi dirigenziali presso la Direzione generale Cura della persona salute e welfare”;

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interesse;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell’Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

delibera

per i motivi e con le finalità e compiti espressi in premessa che qui si intendono integralmente riportati:

1. di approvare lo schema di proroga dell’intesa tra l’Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna e le Organizzazioni Sindacali della Medicina Generale, allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di autorizzare il Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare alla sottoscrizione della proroga del Verbale di Intesa nella formulazione dello schema allegato, di cui al punto 1) del presente dispositivo, apportando in sede di sottoscrizione le modifiche al testo che si rendessero necessarie, purché non sostanziali;
3. di fissare la decorrenza del Verbale di Intesa dalla data di assunzione della presente deliberazione, a seguito della sottoscrizione dello stesso tra i firmatari;
4. di pubblicare il presente atto ed il relativo allegato (Allegato 1) sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico;
5. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.



PROROGA DEL VERBALE DI INTESA TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA,
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE E LE
ORGANIZZAZIONI SINDACALI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER LA
DEFINIZIONE DI MISURE ECCEZIONALI E TEMPORANEE PER LA GARANZIA
DELL'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Richiamati:

- la deliberazione di Giunta Regionale n.1240 del 25.07.2022 con la quale venne approvato lo schema di intesa tra l'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna e le Organizzazioni Sindacali della Medicina Generale e precisamente: FIMMG, SNAMI, SMI, Federazione CISL Medici, ed autorizzato alla sottoscrizione dello stesso il Direttore della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 563 del 12.04.2023 con la quale venne approvato lo schema di proroga del Verbale di intesa di cui al punto precedente sino al 30.06.2024;
- i contenuti del Verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale per la definizione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria, di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale citate ai punti precedenti;

Preso atto che i presupposti sui quali poggiava il Verbale di intesa in oggetto, trascorsi due anni, sono tuttora validi e vanno quindi confermati, ed in particolare che:

- nelle more delle necessarie definizioni a livello nazionale, considerata la situazione di estrema criticità di carenza dei medici di medicina generale e le conseguenze dello stato di emergenza epidemiologica che hanno impattato sulle attività e sulla sostenibilità del sistema sanitario, si rende necessario mantenere - in via temporanea ed in deroga all'ACN per la medicina generale - le azioni di cui ai punti individuati nel Verbale di Intesa oggetto del presente rinnovo, al fine di continuare a migliorare, nell'immediato, la copertura assistenziale sanitaria di primo livello nel territorio regionale, scongiurando interruzioni di pubblico servizio;
- risulta ancora necessario fornire il supporto ai medici di Medicina Generale impegnati a garantire la copertura assistenziale negli ambiti territoriali della Regione, di concerto con un'efficace azione di "debuocratizzazione" delle attività correlate alla cura ed assistenza;
- le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna si trovano - tuttora - ad affrontare severe difficoltà nell'incaricare medici convenzionati per la Medicina Generale a copertura degli ambiti territoriali vacanti determinati ogni anno;
- i medici in corso di formazione specifica in medicina generale continuano nell'opera di contribuire fattivamente al mantenimento dei livelli di assistenza previsti nei diversi settori della medicina generale e che, al contempo, deve, comunque, essere salvaguardato il percorso e gli obiettivi formativi definiti;



Considerato che il tavolo trattante per la definizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina generale 28.04.2022, già attivo, sta continuando il confronto al fine della stesura e ratifica dello stesso;

Tenuto conto del:

- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i.
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 21.06.2018
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 18.06.2020
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28.04.2022
- 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"
- Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 29.09.2006 (DGR 1398/2006) e successive integrazioni
- Decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 11
- Decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 febbraio 2022, n. 15
- Decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla Legge 19 maggio 2022, n. 52

SI CONDIVIDE QUANTO SEGUE

I contenuti del Verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale per la definizione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria, di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n.1240 del 25.07.2022, già prorogato al 30.06.2024 con deliberazione di Giunta Regionale n. 563 del 12.04.2023, sono prorogati fino alla scadenza del 30.06.2025.

Entrata in vigore e durata del verbale di intesa

Il presente verbale acquisirà validità ed efficacia solo dalla data di firma da parte del Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare previa necessaria approvazione con deliberazione di Giunta Regionale, e rimarrà in vigore sino al 30.06.2025, con volontà delle parti di rinnovo al persistere delle situazioni di criticità, fatta salva la ratifica, a livello nazionale, di accordi collettivi nazionali, nonché disposizioni legislative a livello nazionale che vadano a modificare e/o integrare le disposizioni qui contenute e che dovessero intervenire prima della suddetta scadenza.



Resta inteso che i contenuti del Verbale di intesa in oggetto decadranno automaticamente alla sottoscrizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina generale 28.04.2022, nonché in considerazione dell'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale firmato in data 8 febbraio 2024, in via di ratifica.

Bologna,

Il Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

FIMMG _____

SNAMI _____

SMI _____

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 APRILE 2024, N. 620

Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa

LA GIUNTA REGIONALE DELL'EMILIA-ROMAGNA

Premesso che la Regione Emilia-Romagna, attraverso la propria L.R. 29 del 2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario regionale;

Considerato il ruolo attribuito alle Regioni nell'ambito della programmazione, della definizione dei fabbisogni e della individuazione dei soggetti con cui addivenire ad accordi per la erogazione delle prestazioni in linea con quanto stabilito dalla programmazione e dalle priorità definite in ambito regionale dall'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 ruolo che la Regione può esercitare direttamente o demandare alle Aziende Sanitarie Locali;

Visti:

- 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;

- l'articolo 1, comma 282 della legge n. 266/2005 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni,

- 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;

- Il Decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012 convertito con la Legge n. 189 dell'8 novembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, con cui vengono definiti indirizzi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e per il riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie anche attraverso la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere;

- 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;

- La propria deliberazione di giunta n. 1035 del 20 luglio 2009 che a fronte del verificarsi di squilibri significativi tra le liste d'attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero-professionale, pone l'azienda nelle condizioni di sospendere l'esercizio della libera - professione per i professionisti dell'equipe;

Visti:

- la delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, prorogato da ultimo al 31 marzo 2022 con decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11;

- i provvedimenti nazionali e regionali, con i quali si è provveduto a dettare disposizioni necessarie a contenere e gestire la pandemia da COVID-19;

- il Decreto-Legge 24 marzo 2022, n. 24 "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza, e altre disposizioni in materia sanitaria", convertito con modificazioni dalla legge 19 maggio 2022, n. 52, che:

- non ha ulteriormente prorogato la durata dello stato di emergenza previsto dal D.L. n. 221/2021 sopracitato, che quindi è terminato al 31 marzo 2022;
- ha previsto di preservare fino al 31 dicembre 2022 la capacità operativa delle strutture coinvolte nell'emergenza, al fine del progressivo rientro nell'ordinario;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 404 del 27/04/2020 "Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza COVID19. Modifica alla deliberazione di giunta regionale n. 368/2020" che ha dato disposizioni alle Aziende Sanitarie al fine di attuare un piano complessivo di riavvio delle attività sanitarie, prevedendo le misure da adottare per prevenire il contagio valide per tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie, siano esse pubbliche, in regime istituzionale e libero professionale intramoenia, private accreditate, private non accreditate, studi medici e studi

professionali, e disponendo che le stesse Aziende sanitarie provvederanno via via ad aggiornarle al modificarsi delle condizioni di contesto;

- n.583 del 3/06/2020 recante “Modifiche ad alcune indicazioni contenute nell'allegato B "Linee guida riattivazione dei servizi" della deliberazione n. 404/2020”;

- n. 1360 del 01/08/2022, recante “Revoca delle delibere di giunta regionale n. 404/2020 e n. 583/2020 a seguito del superamento dello stato di emergenza per l’attuale evolversi della diffusione dell’epidemia da Covid-19”;

Vista la legge regionale n. 2/2016 “Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali” che all’ art. 23 reca “Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali”, attraverso la quale, la Regione, a seguito degli ottimi risultati raggiunti in tema di riduzione dei tempi di attesa, per rendere ancora più efficienti le liste di prenotazione, ha lavorato sulla responsabilizzazione del cittadino affinché si riducessero le mancate presentazioni;

Viste le proprie deliberazioni:

- n.748/2011 “Linee guida CUP” in recepimento delle Linee guida nazionali;

- n. 704/2013 “Definizione delle condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TC e RM” con la quale sono state definite analiticamente le condizioni di erogabilità delle TC osteoarticolari e delle RM muscoloscheletriche;

- n. 1056/2015 “Riduzione delle liste di attesa per l’accesso alle prestazioni sanitarie” attraverso la quale sono stati dati alle aziende sanitarie 22 obiettivi specifici per attuare interventi per il contenimento delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;

- n. 376/2016 “Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell’art. 23 della L.R. 2/2016” con la quale sono state disciplinate le modalità operative per le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale al fine della corretta applicazione della legge regionale 2/2016,

- n. 603/2019 “Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021”;

- n. 1227 del 02/08/2021 “Indicazioni in merito all'erogazione di servizi di telemedicina nelle strutture del servizio sanitario regionale, in applicazione all'accordo Stato Regioni del 17 dicembre 2020 "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina””;

- n. 1685/2022 “Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, adottato ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" e ss.mm. e ii.;

Dato atto che questa Regione, per garantire l’aggiornamento continuo dei servizi e una risposta adeguata ai bisogni di salute, con l’obiettivo di rinforzare ed innovare l’assistenza territoriale coerentemente con i principi del Piano Sociale e Sanitario Regionale, nell’ottica del miglioramento della appropriatezza clinica ed organizzativa, della salvaguardia dei principi di efficacia, pertinenza ed economicità, è intervenuta con proprie deliberazioni:

- n. 410 del 25/3/1997 “Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe” e successive integrazioni;

- n. 1775 del 23/10/2023 “Nuovo nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con decorrenza dal 1.1.2024”;

- n. 82 del 22/01/2024 “Differimento al 1° aprile 2024 della data di entrata in vigore del nomenclatore tariffario regionale di cui alla delibera di giunta regionale n. 1775 del 20 ottobre 2023”;

Considerata l’Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sancita ai sensi dell’articolo 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm. (Rep. atti n. 50/CSR del 29 marzo 2024), sullo schema di decreto che modifica l’articolo 5, comma 1, del decreto 23 giugno 2023 del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, concernente la definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica prorogandone l’entrata in vigore dal 1° aprile 2024 al 1° gennaio 2025;

Richiamati:

- l’articolo 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e modificato dall’art. 1, comma 574, della L. 28 dicembre 2015, n. 208,

- l’art. 45, comma 1-ter, del D.L. 26 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla L. 19 dicembre 2019, n. 157, il quale dispone che a decorrere dall’anno 2020 il limite di spesa indicato all’articolo 15, comma 14, primo periodo, del DL n. 95/12 è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell’anno 2011;

- l’art. 1 comma 233 della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-26” il quale dispone che al fine di concorrere all’ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, il limite di spesa indicato all’articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell’anno 2011 incrementata di 1 punto

percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio Sanitario Regionale;

Richiamato in particolare l'art. 1 c. 232 della L. n. 213 del 30.12.2023 che prevede per garantire la piena attuazione dei piani operativi per il recupero delle liste di attesa le Regioni e Province autonome, fino al 31 dicembre 2024:

- Possono avvalersi delle misure previste dai commi da 218 a 222 dell'art. 1 della L. 213/2023, vale a dire ricorrere allo strumento delle prestazioni aggiuntive, nei limiti previsti dall'art. 1 comma 218 e 219 e della spesa di cui all'Allegato III della L. 213/2023;

- Possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come modificato dal comma 233 dell'articolo sopracitato;

Per l'attuazione delle finalità di cui al presente comma le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024, comprensivi delle risorse per il finanziamento delle prestazioni aggiuntive;

Considerato che a tutt'oggi non si è pervenuta in sede di Conferenza Stato-Regioni ad un'Intesa in merito al riparto delle disponibilità finanziarie complessive per l'anno 2024, comprensive della quota indistinta;

Ritenuto, nelle more della definizione delle risorse complessivamente disponibili a seguito dell'Intesa Stato-Regioni, di prendere a riferimento per la definizione del quadro complessivo delle risorse su cui impostare la programmazione regionale 2024 una stima del fabbisogno finanziario indistinto;

Valutata la necessità di procedere, alla luce delle recenti disposizioni normative previste dalla Legge n. 213/2023 e degli strumenti messi a disposizione dall'art. 1 (c.218-222; 232), a definire un quadro di regole e strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per il contenimento dei Tempi di Attesa, favorendo altresì omogeneità di comportamenti per tutto il territorio regionale nei rapporti con il privato accreditato;

Ritenuto necessario individuare, oltre alle prestazioni aggiuntive, di cui al paragrafo precedente come indicato dalla L. 213/23, ulteriori strumenti per l'attuazione delle strategie, dettagliati nell'Allegato 1, che prevedono anche un coinvolgimento delle strutture private accreditate e che trova copertura nell'ambito delle risorse di cui allo 0,4% del fabbisogno indistinto;

Richiamato in particolare il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni all'art. 8 sexies comma 1 stabilisce che le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato da accordi contrattuali e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento; ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 dell'art. 8-sexies sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazioni;

Visto inoltre l'art. 15, comma 17 del citato decreto-legge n. 95 del 2012, il quale prevede che: "Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, (...)"

Visto l'art. 15, comma 13, lettera g) del predetto decreto-legge n. 95 del 2012 che modifica l'art. 8 -sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di remunerazione delle prestazioni sanitarie, con l'introduzione del comma 1 -bis disponendo che: «Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato».

Richiamato, altresì, il punto 4.2) ("Attività erogata a cittadini residenti in altre regioni") delle deliberazioni n. 2329 del 21 dicembre 2016, n. 4 dell'11 gennaio 2017 e n. 5 dell'11 gennaio 2017, così come integrate rispettivamente dalle DGR n. 1541/2020, 1821/2020 e 1951/2020 e dalla DGR 675/2023;

Richiamate inoltre:

- la L.R. 22/2019, "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Abrogazione della legge regionale n. 34 del 1998 e modifiche alle leggi regionali n. 2 del 2003, n. 29 del 2004 e n. 4 del 2008";

- la propria delibera n. 886/2022 "Nuove disposizioni operative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della L.R. 22/2019";

Considerato che:

- L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 ha modificato in modo sensibile il contesto di riferimento e le abitudini di accesso dei cittadini ai servizi sanitari condizionando l'erogazione dell'assistenza e determinando la necessità di adeguare le modalità organizzative per garantire risposte appropriate ai bisogni di cura;

- Le prestazioni programmate, sospese a causa dell'emergenza sanitaria, sono state recuperate e gestite entro dicembre 2020 e le prestazioni urgenti e improcrastinabili sono sempre state garantite;

- Con propria deliberazione n. 1685/2022 la Regione Emilia-Romagna ha definito un Piano operativo adottando misure per mettere in campo azioni di miglioramento;

- Pur in presenza di performance coerenti con gli standard nazionali nelle diverse aziende sanitarie, si sono evidenziate alterne situazioni di criticità nell'accesso per alcune tipologie di prestazioni in alcuni ambiti territoriali, anche come conseguenza della differente capacità produttiva espressa sia in ambito ospedaliero che territoriale;

- Sono pervenute nel periodo post-pandemico segnalazioni da parte della cittadinanza anche per il tramite delle associazioni di rappresentanza, nonché delle organizzazioni sindacali e di pazienti che rilevano problematiche relative all'accesso;

Ritenuto opportuno avviare un percorso per accompagnare il sistema verso un nuovo paradigma di concezione e attuazione dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale. Questo percorso si svilupperà con azioni di medio-lungo periodo per agire sulle dimensioni strutturali e sugli aspetti più complessi del processo, e troverà già una prima declinazione attraverso interventi di breve periodo mirati a superare alcune delle criticità presenti attraverso l'incremento dell'offerta di prestazioni, in particolare delle visite specialistiche, che oggi impattano particolarmente sui tempi d'attesa.

Ritenuto necessario conseguentemente, dare mandato alle aziende sanitarie di predisporre un Piano straordinario di produzione, tenuto conto delle indicazioni contenute nell' Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Dato atto che la Commissione Salute, con il coordinamento tecnico dell'Area Assistenza Territoriale, in data 5 settembre 2023, ha approvato il documento denominato "Indicazioni per l'Accesso alla specialistica ambulatoriale" (prot. n. 0952292 del 18/09/2023) elaborato e condiviso dalle Regioni e PA; tale documento rappresenta un importante riferimento per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale;

Ritenuto opportuno di approvare con il presente provvedimento il documento sopra richiamato, Allegato 2, allegato parte integrante e sostanziale;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017, concernente "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna", nonché le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria delibera n. 468/2017;

- n. 325 del 7 marzo 2022, avente ad oggetto "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";

- n. 426 del 21 marzo 2022, avente ad oggetto "Riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale. Conferimento degli incarichi ai Direttori Generali e ai Direttori di Agenzia";

- n. 1615 del 28 settembre 2022 "Modifica e assestamento degli assetti organizzativi di alcune direzioni generali/agenzie della giunta regionale";

- n. 157 del 29 gennaio 2024 "Piano integrato delle attività e dell'organizzazione 2024-2026. Approvazione";

- n. 2317 del 22 dicembre 2023 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'ente e gestione del personale. aggiornamenti in vigore dal 1° gennaio 2024";

Richiamate infine le determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022, con la quale si approva l'Allegato A) "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal decreto legislativo n. 33 del 2013. Anno 2022";

- n. 6229 del 31 marzo 2022, avente ad oggetto "Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Istituzione aree di lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali";

- n. 6248 del 01 aprile 2022 "Conferimento di incarico dirigenziale", con cui è stato attribuito l'incarico di Responsabile del Settore Assistenza Territoriale;

- n. 7162 del 15 aprile 2022, recante "Ridefinizione dell'assetto delle Aree di lavoro dirigenziali della Direzione Generale Cura della Persona ed approvazione di alcune declaratorie";

Dato atto che il Responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

delibera

1. di approvare l'Allegato 1 "Strategie regionali per il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e il contenimento dei tempi di attesa", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e di stabilire che le Aziende sanitarie dovranno garantire la piena operatività delle indicazioni in essa contenute, ivi comprese le azioni a medio e lungo termine;
2. di approvare l'Allegato 2 "Indicazioni per l'Accesso alla specialistica ambulatoriale", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di disporre che ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, predisponga un Piano Straordinario di produzione per l'anno 2024, con significativi incrementi di offerta, al fine di garantire il contenimento dei tempi di attesa e la semplificazione dell'accesso per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
4. di stabilire che le Aziende sanitarie, in attuazione del Piano Straordinario di produzione di cui al punto 3, debbano ricorrere in via prioritaria all'incremento della produzione in ambito pubblico e solo successivamente all'incremento di acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate;
5. di disporre che, per l'attuazione delle strategie regionali per il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e il contenimento dei tempi di attesa con riferimento all'anno 2024, le Aziende sanitarie possono avvalersi delle misure previste dai commi da 218 a 222 dell'art. 1 della L. 213/2023, vale a dire ricorrere allo strumento delle prestazioni aggiuntive, nei limiti previsti dall'art. 1 comma 218 e 219 e della spesa di cui all'Allegato III della L. 213/2023, e che possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come modificato dal comma 233 dell'articolo sopracitato;
6. di finalizzare per il 2024, nell'ambito delle risorse di cui allo 0,4% del fabbisogno indistinto 2024, una quota di fondo indistinto pari a 30 milioni di € per il contenimento dei tempi di attesa mediante il ricorso all'acquisizione di risorse umane, alle prestazioni aggiuntive, al coinvolgimento delle strutture private e ad ulteriori strumenti, come specificato nell'Allegato 1;
7. di dare mandato alla Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare di validare i piani di produzione straordinari aziendali che dovranno essere trasmessi entro 15 gg dalla data di approvazione della presente deliberazione;
8. di confermare la composizione e il mandato attribuiti con la Delibera di Giunta regionale n. 603 del 2019 all'Osservatorio Regionale del Governo delle Liste di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero;
9. di dare mandato alla Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare di attivare un sistema di monitoraggio periodico come descritto nell'Allegato 1;
10. di dare mandato all'Assessore alle Politiche per la Salute e al Direttore Generale Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di formulare indirizzi e proposte per la realizzazione di quanto contenuto nell'Allegato 1 del presente atto deliberativo, da discutere con il sistema universitario, con le modalità vigenti e negli organismi preposti;
11. di dare mandato al Direttore Generale Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di definire, in base al vigente CCNL, le linee guida per la definizione di eventuali maggiori tariffe, nei limiti delle norme e del CCNL, previo confronto con le organizzazioni sindacali, per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato 1 nell'ambito dell'incremento dell'offerta attraverso le prestazioni aggiuntive;
12. di dare mandato al Direttore Generale Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di contemperare, nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali con la Medicina Convenzionata, in coerenza con i rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, obiettivi specifici di incremento di appropriatezza come richiamato nell'Allegato 1;
13. di stabilire che l'eventuale presenza di agende non prenotabili sui 24 mesi oltre la data del 30 giugno 2024 costituisce per i Direttori Generali delle aziende sanitarie condizione ostativa ai fini dell'accesso alla valutazione per l'indennità di risultato;
14. di stabilire che il rispetto dei Piani straordinari di produzione per ogni azienda pesi almeno il 30% nella valutazione dei Direttori Generali delle aziende sanitarie, condizione derogabile unicamente nel caso in cui i tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale rientrino negli standard previsti dalla normativa entro il 31-12-2024;
15. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
16. di pubblicare il presente atto ed i relativi allegati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

Allegato 1

**Strategie regionali
per il Governo dell'accesso alle prestazioni
di specialistica ambulatoriale
e il contenimento dei Tempi di Attesa**

Sommario

1. Introduzione	4
2. Un nuovo paradigma per la Specialistica Ambulatoriale	8
3. Obiettivi a breve termine: entro i primi 6 mesi del 2024	14
3.1 Agende sempre aperte: la centralità del sistema CUP e l'importanza della pianificazione dell'offerta	14
3.1.1 Sistema CUP per la gestione dell'offerta	14
3.1.2 Disponibilità delle Agende di prenotazione	15
3.1.3 Agenda di prenotazione	15
3.1.4 Agende Autogestite	16
3.1.5 Preliste (liste senza appuntamento).....	17
3.1.6 Agende di garanzia	19
3.1.7 Front office e Canali di prenotazione.....	19
3.1.8 Pagamento del ticket	21
3.2 Incremento dell'offerta.....	22
3.2.1 Piano Straordinario di produzione per ambito territoriale.....	22
3.2.2 Incremento dell'offerta nell'ambito di strutture pubbliche ospedaliere e territoriali	22
3.2.3 Incremento dell'offerta attraverso le prestazioni aggiuntive.....	23
3.2.4 Offerta di visite da strutture private accreditate	23
3.2.5 Coinvolgimento dei medici in formazione specialistica	24
4. Obiettivi medio-lungo termine	25
4.1 Azioni per potenziare l'Appropriatezza	25
4.1.1 Protocolli prescrittivi	25
4.1.2 Teleconsulto	26
4.1.3 La medicina convenzionata.....	27
4.2 Presa in carico	28
4.2.1 Visite ed esenzioni per patologia – dematerializzazione del certificato e ottimizzazione del percorso.....	29
4.3 La struttura dell'offerta e le piattaforme erogative e prenotative	30
4.4 Riorganizzazione accesso chirurgia ambulatoriale e gestione delle piattaforme	32
4.5 Impiego omogeneo dei professionisti	33
5. Ruoli e responsabilità	34

6. Monitoraggio	36
6.1 Tempi di Attesa	36
6.2 Tempo Lordo	36
6.3 Preliste.....	36
6.4 Piani Straordinari di produzione	37
6.5 Disponibilità di visite da parte del Privato Accreditato.....	37
7. Valutazione degli obiettivi.....	38

1. Introduzione

La Regione Emilia-Romagna da tempo ha implementato strategie di contenimento e programmazione efficiente delle liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e ai ricoveri chirurgici programmati (DGR 1056/2015 e DGR 272/2017). Nel 2019 è stata adottata la DGR 603/2019 “Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021”, ed è stato istituito l’Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero; successivamente, nel 2022 è stato predisposto il “Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa chirurgiche, ambulatoriali e di screening oncologici”.

La strategia pluriennale messa in campo ha consentito di realizzare importanti risultati nella riduzione dei tempi di attesa in tutte le discipline e ambiti monitorati e nel recupero delle prestazioni non erogate nel periodo Covid.

Complessivamente, se si escludono le prestazioni afferenti al laboratorio, negli anni 2022 e 2023 si assiste ad un trend di aumento dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale fino ad arrivare nel 2023 a superare i 16 milioni di prestazioni erogate, prestazioni che nel 2019, anno pre-pandemia, erano pari a circa 16,9 milioni.

Si riscontra, comunque, il permanere di criticità sui tempi di attesa per una parte delle prestazioni di visita e di diagnostica, così come non sono state superate tutte le difficoltà nella fase di prenotazione, relativamente alla piena fruibilità dei sistemi di accesso (agende prenotabili sui 24 mesi), o alla sistematica presa in carico per controlli e approfondimenti da parte delle strutture sanitarie.

Anche il fenomeno dell’inappropriatezza continua a rappresentare un elemento che incide notevolmente sulla capacità del sistema di garantire equità nell’offerta delle prestazioni.

La Regione Emilia-Romagna è una delle regioni italiane caratterizzate da un altissimo consumo di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Vi sono margini di miglioramento a livello organizzativo e tecnologico per facilitare e favorire il confronto professionale fra medici di medicina generale e specialisti e per ridurre l’impegno non clinico dei professionisti sanitari.

Inoltre, il sistema sanitario attualmente si trova a fronteggiare alcune nuove sfide principalmente legate ai seguenti fattori:

- forte aumento della domanda di prestazioni sanitarie rispetto al periodo pandemico;

- difficoltà nel reperimento di personale medico soprattutto in alcune discipline;
- disomogeneità territoriali tanto nella domanda quanto nell’offerta di prestazioni;
- opportunità e potenzialità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, intelligenza artificiale, etc);
- cambiamenti demografici in corso come il progressivo invecchiamento della popolazione e il calo di natalità, e cambiamenti del contesto sociale con l’aumento di persone sole e di situazioni di fragilità;
- garanzia dell’universalismo ed equità di accesso nel rispetto della sostenibilità complessiva del sistema.

Per questo, come già avvenuto per il tema della Rete dell’Emergenza Urgenza, la cui riorganizzazione è stata avviata nella sua prima fase attuativa con l’approvazione della DGR 1206 del 17/07/2023, la Regione Emilia-Romagna intende con il presente provvedimento intraprendere il **percorso per accompagnare il sistema verso un nuovo paradigma di concezione e attuazione dell’Assistenza Specialistica Ambulatoriale**. Questo percorso non potrà che svilupparsi con azioni di medio-lungo periodo per agire sulle dimensioni strutturali e sugli aspetti più complessi del processo, ma trova già una prima declinazione attraverso interventi di breve periodo mirati a superare alcune delle criticità presenti.

Presupposto per un avvio efficace di questo percorso è l’incremento dell’offerta di prestazioni, in particolare delle visite specialistiche, che oggi impattano particolarmente sui tempi d’attesa. Un incremento immediato e straordinario di prestazioni, soprattutto visite specialistiche, metterà a disposizione dei cittadini più opportunità in un orizzonte temporale di breve periodo, generando un impatto positivo sui tempi di risposta, riportando le situazioni oggi problematiche ai livelli standard e consentendo quindi di organizzare la programmazione futura in modo più efficace.

I primi interventi di questo percorso hanno un orizzonte di breve periodo e si focalizzano sui seguenti punti chiave:

- rendere sempre effettiva la possibilità di prenotare le prestazioni, garantendo le condizioni per avere le **agende sempre aperte** e con una rete di prenotazione che contenga l’intera offerta. Per questo l’orizzonte di **disponibilità** dovrà essere **di almeno**

- 24 mesi** in modo dinamico rispetto alle richieste, affinché non si verifichino situazioni in cui tutta l'offerta, sia per i primi accessi sia per i controlli, risulti saturata;
- facilitare il cittadino e sollevarlo dall'onere di dover ricontattare i servizi di prenotazione nel caso non vi sia una disponibilità, al momento del contatto, utile a garantire la priorità definita dalla prescrizione. Verranno introdotte le **Preliste** che consentono la registrazione delle richieste in un elenco progressivo in ordine cronologico. I cittadini inseriti nelle Preliste saranno contattati, con una tempistica che consenta di rispettare la priorità definita dalla prescrizione (Priorità U, B, D e P) ovvero ricevere la comunicazione, dall'inserimento in prelista, per lo svolgimento della prestazione: entro 6 giorni per la priorità B, entro 15 giorni per le visite con priorità D, entro 30 giorni per le prestazioni diagnostiche con priorità D;
 - entro 15 giorni dall'approvazione di questo provvedimento ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, dovrà presentare un **Piano Straordinario di produzione per il proprio ambito territoriale** per garantire nell'immediato, e per tutto l'anno 2024, un significativo aumento di prestazioni. Per raggiungere questo obiettivo le Aziende dovranno implementare azioni di miglioramento dell'efficienza produttiva ed organizzativa, anche **incrementando la presenza e l'operatività degli specialisti** sia delle Aziende Sanitarie Territoriali sia delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS **nel setting ambulatoriale e nelle strutture territoriali**, in primis nelle Case della Comunità;

La **Regione Emilia-Romagna** nel 2024 metterà a disposizione **30 milioni di €** finalizzati al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, per la realizzazione dei Piani Straordinari di produzione.

Un pilastro continuerà ad essere la ricerca costante di un progressivo **incremento dell'appropriatezza**, a tutti i livelli e in tutti gli ambiti: prescrittiva, organizzativa ed erogativa. Infatti, l'appropriatezza rappresenta la strada per garantire equità d'accesso alle prestazioni attraverso l'aderenza del medico prescrittore alle regole prescrittive (classe di priorità, tipologia di accesso, quesito diagnostico), ai profili prescrittivi e ai PDTA definiti a livello

regionale. Allo stesso tempo, essa riduce il ricorso a prestazioni non necessarie, consentendo di utilizzare le risorse per gli effettivi bisogni di salute.

Vengono poi consolidati processi già in corso, e altri ne vengono avviati, con un orizzonte temporale di medio lungo periodo per:

- **sviluppare le piattaforme** di prenotazione e di erogazione, al fine di orientare gli sforzi organizzativi verso:
 - l'utilizzo di strumenti che semplifichino il rapporto con il cittadino, anche mediante il ricorso a sistemi di prenotazione “intelligente” e il più possibile automatizzata, che, a partire dalle ricette prescritte, consentano la ricerca sulle agende disponibili fornendo il primo appuntamento, senza quindi la necessità di interventi da parte degli operatori;
 - un'organizzazione della rete di offerta che preveda per le prestazioni a bassa complessità ed alta prevalenza l'erogazione nelle Case della Comunità a livello distrettuale o di area (anche attraverso l'organizzazione di snelli percorsi di presa in carico dei pazienti cronici o anziani pluripatologici), per quelle più complesse e a bassa prevalenza l'erogazione nelle sedi ospedaliere Hub;
 - l'efficienza produttiva e pieno utilizzo degli spazi ambulatoriali e delle dotazioni tecnologiche a disposizione;
- una **riorganizzazione dell'accesso alla chirurgia ambulatoriale** e delle relative piattaforme;
- perseguire in tutti gli ambiti territoriali e in tutte le strutture, la totale **presa in carico dell'assistito** da parte della struttura dello specialista che effettua la prima prestazione.

2. Un nuovo paradigma per la Specialistica Ambulatoriale

Il tema dell'attesa per poter eseguire una prestazione è un elemento centrale e di primaria importanza nei sistemi sanitari, ancor più nei paesi con un'assistenza sanitaria universalistica come l'Italia. Infatti, la tempestività di risposta ad un proprio bisogno di salute è uno degli elementi che maggiormente incide sulla qualità dell'assistenza percepita dai cittadini, e condiziona in modo significativo il rapporto di fiducia verso il sistema delle cure.

Inoltre, l'allungamento dei tempi di attesa comporta il rischio di limitare la garanzia di equità di accesso e il rispetto del diritto di tutela della salute.

Per questo il governo dei tempi di attesa è una delle attività prioritarie delle istituzioni sanitarie a tutti i livelli per le rispettive competenze e leve di azione: livello nazionale, livello regionale, livello aziendale e territoriale.

Inoltre, in questo momento storico, l'andamento dei tempi di attesa continua a subire gli effetti del biennio pandemico, con implicazioni sulle prestazioni da erogare, sul gap fra domanda e offerta e anche sull'organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari.

Come si può osservare nella tabella seguente (TAB 1), l'erogato, al netto dell'attività di laboratorio, a seguito del periodo pandemico ha subito una contrazione tra il 2022 e il 2019, a cui ha fatto seguito nel 2023 una ripresa di attività rispetto all'anno precedente.

TAB 1 - N. prestazioni erogate in Emilia-Romagna - regime SSN - escluso laboratorio

	2019	2022	2023	var % 22 vs 19	var % 23 vs 19	var % 23 vs 22
D-Diagnostica	6.838.201	6.394.537	6.694.600	-6%	-2%	5%
R-Riabilitazione	1.612.950	1.451.534	1.548.524	-10%	-4%	7%
T-Terapeutica	2.510.460	2.342.919	2.418.827	-7%	-4%	3%
V-Visite	5.974.981	5.133.545	5.432.970	-14%	-9%	6%
TOTALE	16.936.592	15.322.535	16.094.921	-10%	-5%	5%
(V-Visite) +(D-Diagnostica)	12.813.182	11.528.082	12.127.570	-10%	-5%	5%

La necessità di replicare le azioni di recupero intraprese negli anni passati va rafforzata con un significativo e repentino aumento dell'offerta per consentire al sistema di assorbire il maggior numero di richieste non ancora evase e di riportare le attese a una situazione di maggiore equilibrio.

In ogni caso anche l'OCSE¹ segnala come non ci si possa limitare ad una politica di aumento dell'offerta, ma si debba affrontare l'assistenza specialistica territoriale in modo olistico ed integrato, con interventi e politiche sul lato della domanda ma anche della riorganizzazione e dell'efficientamento dell'intero processo, coinvolgendo altresì tutti gli attori in gioco: cittadini, come utenti e come caregiver; prescrittori; enti e professionisti che erogano; enti e professionisti che organizzano il processo; istituzioni che lo regolano.

Il processo dell'assistenza specialistica ambulatoriale si compone di varie fasi, dal momento dell'insorgenza del bisogno del cittadino fino alla trasmissione nei flussi informativi delle informazioni codificate sulla prestazione erogata.

Possono essere individuati alcuni momenti chiave del processo:

- prescrizione della prestazione da parte del professionista medico;
- primo contatto del cittadino con uno dei terminali del sistema di prenotazione (sportelli delle Aziende Sanitarie, CUPweb, Fascicolo Sanitario Elettronico-FSE, farmacie, altro) per individuare una data in cui effettuare la prestazione;
- prenotazione della prestazione in una delle agende disponibili a sistema (o eventuale inserimento in prelista);
- erogazione effettiva e refertazione della prestazione.

A ciascuno di questi momenti corrisponde una data in cui esso si concretizza: data di prescrizione, data di primo contatto, data di prenotazione e data di erogazione. Queste date possono coincidere (ad esempio può capitare per data di primo contatto e data di prenotazione), ma spesso sono differenti, individuando così degli intervalli temporali oggetto di monitoraggio.

¹ OECD Health Policy Studies Waiting Times for Health Services Next in Line, 2020

La modalità di misurazione dei Tempi di Attesa è definita in modo puntuale nei provvedimenti nazionali e regionali e gli indicatori che ne discendono sono oggetto di valutazione delle performance per le Regioni e per le Aziende Sanitarie. Nell'ottica di un approccio sistemico che miri a conoscere in maniera sempre più approfondita l'intero processo per individuare ambiti di miglioramento, verranno implementate ulteriori modalità di misurazione della durata delle fasi del processo e della quantificazione delle diverse tipologie di intervallo temporale fra uno step e l'altro. Un esempio è l'analisi del "Tempo Lordo" di Attesa, ossia l'intervallo fra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione, che verrà monitorato nei suoi principali intervalli, tra cui il Tempo che intercorre tra la data di prescrizione e la data di primo contatto/prenotazione, informazioni queste, da cui ricavare possibili spunti di riflessione, analizzando tali valori congiuntamente ai Tempi di Attesa (come codificati normativamente) e al dimensionamento dell'offerta.

Anche l'analisi delle prescrizioni e dei volumi di produzione che gli erogatori sono in grado di offrire al Sistema, oltre a quelle dei Tempi di Attesa, rappresentano dimensioni chiave nel processo dell'assistenza specialistica ambulatoriale. È evidente come queste dimensioni siano profondamente correlate, ad esempio, un incremento di capacità produttiva rende disponibile un'offerta che, soprattutto in momenti di criticità, comporta un miglioramento dei Tempi di Attesa.

La capacità produttiva rappresenta, pertanto, un ulteriore elemento di attenzione per il Sistema Sanitario Regionale, pur nella consapevolezza che non si debba sopravvalutare l'efficacia dell'espansione non governata dell'offerta per i potenziali rischi di induzione della domanda che potrebbero scaturirne.

Per questo, interventi mirati di incremento dell'offerta vanno presi in considerazione e realizzati per recuperare arretrati che si sono accumulati, e per riportare la capacità produttiva ad un livello coerente con i bisogni appropriati di salute.

Una volta raggiunto un accettabile equilibrio con il fabbisogno di prestazioni, utilizzando anche risorse straordinarie e incentivanti e coinvolgendo diversi erogatori, occorre indirizzare sforzi e interventi verso la ricerca dell'efficienza della produzione stessa, in modo da rendere sostenibile e strutturale la capacità di offerta raggiunta.

L'efficienza va ricercata in tutte le fasi del processo:

- efficienza allocativa, ad esempio con miglioramento dei sistemi di prenotazione e organizzazione delle agende in un'ottica di flessibilità e trasparenza, che abbia al centro il cittadino e non il singolo erogatore, e che consenta una visione organica dell'intera offerta disponibile in regione attraverso tutti i canali di prenotazione;
- efficienza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni, con interventi per favorire capillarità di offerta per le prestazioni a bassa complessità ed alti volumi e concentrazione per quelle ad alta complessità e bassi volumi; con azioni per individuare livelli di capacità produttiva omogenei per situazioni omogenee di organico; con operazioni che incentivino il ricorso a tecnologie (telemedicina) e la massimizzazione dell'utilizzo delle infrastrutture e delle apparecchiature installate, per ridurre tutti quei tempi che non producono valore né per il cittadino né per il sistema;
- efficienza nella committenza verso gli erogatori privati accreditati e convenzionati, con interventi per finalizzare l'acquisto di prestazioni in base alle necessità e ai bisogni dei diversi territori;
- efficienza nel monitoraggio, con interventi per migliorare strumenti e sistemi informativi di supporto e con l'analisi di indicatori consolidati (come i Tempi di Attesa definiti nel PNGLA e nel PRGLA) e di ulteriori dimensioni che possano arricchire la comprensione dei fenomeni (ad esempio Tempo Lordo).

Un approccio all'assistenza specialistica ambulatoriale focalizzato esclusivamente su volumi erogativi ed efficienza risulta parziale e, quindi, non adeguato. Per ottenere benefici di salute per i cittadini e miglioramenti del processo, è indispensabile valorizzare e responsabilizzare i professionisti coinvolti e soprattutto consolidare l'appropriatezza come elemento che guida l'intero percorso, con riferimento sia all'appropriatezza prescrittiva ma anche a quella organizzativa ed erogativa.

Nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva, la Regione Emilia-Romagna continuerà a perseguire l'adozione di strumenti di governo della domanda e di supporto, prevedendo la definizione di protocolli clinici costruiti a partire da linee guida e redatti insieme ai professionisti clinici. Ulteriore passo per incrementare l'appropriatezza sarà l'informatizzazione dei protocolli prescrittivi per renderli fruibili direttamente dagli applicativi usati dai prescrittori.

L'implementazione di strumenti di confronto clinico tra medici di medicina generale e specialisti, ad esempio con il teleconsulto, potrà costituire un altro strumento a supporto dell'appropriatezza.

Perseguire l'appropriatezza potrà anche prevedere la possibilità di incentivarla mediante gli strumenti a disposizione della Regione Emilia-Romagna e delle Aziende Sanitarie, dagli obiettivi di budget per gli specialisti, agli accordi integrativi per i professionisti dell'assistenza primaria.

Per questo, come già avvenuto per il tema della Rete dell'Emergenza Urgenza, la cui riorganizzazione è stata avviata nella sua prima fase attuativa con l'approvazione della DGR 1206 del 17/07/2023, la Regione Emilia-Romagna intende con il presente provvedimento intraprendere il percorso che accompagna il sistema verso un nuovo paradigma di concezione e attuazione del processo di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, in linea con gli attuali bisogni di salute, coerente con lo sviluppo dell'assistenza territoriale e adeguato sotto i diversi profili (volumi, appropriatezza prescrittiva ed erogativa, tempestività, disponibilità di risorse).

Elemento caratterizzante sarà il consolidamento dell'approccio che porta a identificare due macro-aggregazioni a cui ricondurre le prestazioni di specialistica, facendo seguire specifiche modalità operative ed organizzative a ciascuna macro-aggregazione.

Le prestazioni saranno approcciate secondo questa ripartizione:

- Prestazioni programmate, rivolte a
 - o pazienti noti con patologia cronica e/o rara, ossia con un problema già diagnosticato che necessita di controlli periodici (o di una struttura a cui accedere se insorge sintomo legato al problema noto);
 - o pazienti che per un periodo devono seguire un percorso strutturato (ad es. le gravidanze);
 - o pazienti seguiti in programmi di screening, medicina di iniziativa.
- Prestazioni non programmate, ad esempio primi accessi, finalizzate ad affrontare le problematiche non ancora diagnosticate e i bisogni estemporanei di accertamenti specialistici.

Nella costruzione del nuovo paradigma verranno declinate le modalità operative ed organizzative che consolideranno questo approccio.

Questo provvedimento rappresenta il primo step di questo percorso, e si concentra sulle azioni da realizzare nel periodo con l'obiettivo di porre le fondamenta per le successive fasi, partendo da una contrazione significativa delle prestazioni in attesa di erogazione (si veda la successiva sezione di "Obiettivi a breve termine"), condizione per implementare in modo proficuo ulteriori interventi sul processo. È infatti importante impostare politiche di governo della specialistica ambulatoriale e del fenomeno dell'attesa che raggiungano obiettivi nell'immediato, ma allo stesso tempo, e in parallelo, è necessario accompagnare trasformazioni strutturali e di lungo periodo, integrandosi con il disegno dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77. Il contenuto e le azioni della sezione "Obiettivi a medio - lungo termine" si colloca in questa traiettoria.

Ne discende che la priorità cronologica degli interventi proposti in questo provvedimento non coincide né esaurisce le priorità complessive, ma ne costituisce la base da cui partire per continuare a costruire il percorso di miglioramento continuo dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

3. Obiettivi a breve termine: entro i primi 6 mesi del 2024

3.1 Agende sempre aperte: la centralità del sistema CUP e l'importanza della pianificazione dell'offerta

3.1.1 Sistema CUP per la gestione dell'offerta

Con DGR 748/11 sono state approvate le “Linee guida CUP” di Centro Unificato di Prenotazione (CUP) che rappresenta il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini.

Il sistema CUP è uno strumento che facilita l'accesso alle prestazioni sanitarie e consente di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano un feedback costante rispetto alle azioni messe in campo, per ottimizzare l'offerta, rimodularla, quando necessario, confrontando le stime del bisogno, l'offerta disponibile, il prenotato e l'erogato.

Il Sistema CUP rende possibile la prenotazione di prestazioni specialistiche erogate presso varie tipologie di strutture (strutture pubbliche e private accreditate), per i diversi regimi di erogazione (SSN, libera professione intramoenia) e per le differenti modalità di accesso.

Deve, quindi, contenere l'offerta di tutte le prestazioni delle aziende di ciascun ambito territoriale, inclusa quella delle agende autogestite, con modalità che garantiscano l'integrazione informativa con i vari sistemi aziendali coinvolti. Anche l'accettazione dei pazienti in accesso diretto (senza prenotazione) deve interfacciarsi al sistema al fine di ottimizzare l'intera offerta e renderne possibile il monitoraggio continuo.

La rete di prenotazione deve dare la possibilità di “vedere” tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili. Ogni punto di prenotazione deve interfacciarsi con la rete, garantendo in ciascuno la visione delle disponibilità e differenziando, ove necessario, i livelli di accesso dei vari utenti (es: tutti i punti di prenotazione possono vedere il calendario delle disponibilità delle PET, ma solo il punto di prenotazione della medicina nucleare, o altro punto addestrato per la gestione di percorsi specifici, può fissare gli appuntamenti).

Le attività di Back-office sono finalizzate alla programmazione e manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione, in particolare:

- Gestione e programmazione delle agende di prenotazione (allineamento al catalogo regionale SOLE, configurazione posti disponibili per classe di priorità, configurazione agende di accettazione, modifica per sospensioni, variazioni orari, gestione tipologie di contratto SSN/LP, ecc.)
- Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione (comunicazioni di variazioni dell'offerta, trasmissione ai servizi erogatori di informazioni su pagamento del ticket, formazione operatori, raccolta di eventuali segnalazioni di problemi inerenti al servizio ecc.)
- Monitoraggio per il governo delle liste di attesa (fornisce dati sull'attività di prenotazione, sui tempi di attesa e sui volumi del prenotato, livelli di saturazione agende, riprogrammazione delle disponibilità di calendario, rimodulazioni dell'offerta disponibile nelle diverse fasce di priorità).

3.1.2 Disponibilità delle Agende di prenotazione

Fatte salve tutte le indicazioni che definiscono le regole di implementazione delle agende, si sottolinea che esse devono prevedere in ogni momento una reale prenotabilità. Il sistema di prenotazione CUP deve essere strutturato in modo tale da consentire in qualunque momento la prenotazione di prestazioni richieste in regime SSN, garantendo almeno una sede prenotativa per il bacino di riferimento della prestazione.

L'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale è regolamentato da norme Nazionali e Regionali (Intesa Stato-regioni del 29 aprile 2010, DGR 748/11, Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), e prevedono un Centro Unificato di Prenotazione (CUP) e delle precise indicazioni che escludono l'utilizzo di agende diverse da quelle a disposizione dal sistema CUP.

3.1.3 Agenda di prenotazione

L'agenda di prenotazione è l'unità elementare per la gestione dell'offerta e comprende:

- le prestazioni che possono essere prenotate/erogate;
- equipe erogante (non possono essere riferite al nominativo del singolo professionista) e la struttura erogante (sede dell'ambulatorio);

- gli orari di servizio e i periodi di calendario disponibili;
- il regime di erogazione della prestazione (SSN o LP);
- la priorità U, B, D, P e il tipo di accesso, primo accesso e accesso successivo (con la possibilità di ridistribuire l’offerta qualora non si preveda di occupare completamente le disponibilità previste, attraverso riconversioni automatiche);
- i profili di accesso all’agenda (agenda prenotabile da operatori CUP (sportello o call center), prenotabile da altri operatori (farmacista, specialista dell’azienda, operatori sanitari, infermieri), prenotabile da sistema esterno (ad esempio tramite il CUP Integratore o CUPWEB);

Per la costruzione dell'agenda di prenotazione occorre definire in primis lo slot temporale di erogazione della singola prestazione facendo riferimento ad un valore univoco che discende dai tempi regionali, che saranno di riferimento per la durata delle diverse prestazioni.

In secondo luogo, occorre stabilire l’orizzonte temporale del calendario dell’agenda da sottoporre alla pianificazione e rendere disponibile alla prenotazione, che deve essere sempre disponibile per almeno 24 mesi, affinché non si verifichino situazioni in cui tutta l’offerta, sia per i primi accessi che per i controlli, viene saturata.

Le situazioni che determinano impossibilità di erogazione di prestazioni già prenotate (es. guasto macchina, eccezionale indisponibilità del personale, ecc.), non devono influenzare la disponibilità di prenotazione.

Le prestazioni di controllo, accesso successivo e follow up devono essere prenotate su agende anche esse configurate sul Sistema CUP, il cui accesso in visualizzazione e prenotazione viene regolato mediante la selezione dei profili di accesso.

3.1.4 Agende Autogestite

Le agende gestite direttamente dalle unità operative (c.d. *Agende Autogestite*), sia per le attività di back office che per la prenotazione, devono comunque essere configurate utilizzando il sistema CUP, e come sopradescritto, occorre prevedere un profilo di accesso riservato. Queste agende possono essere utilizzate ad esempio per la prenotazione delle prestazioni di controllo, dei percorsi di follow up o comunque di tutte le prestazioni necessarie per la presa in carico da parte di professionisti o di unità operative.

3.1.5 Preliste (liste senza appuntamento)

Le preliste non sono vere e proprie agende di prenotazione, non hanno un calendario associato, ma consentono la registrazione delle richieste in un elenco progressivo in ordine cronologico per data di primo contatto al punto di prenotazione. Le Preliste rappresentano uno strumento che deve essere introdotto eccezionalmente, qualora ci siano criticità nei tempi d'attesa, che si utilizza per il paziente che non trova alcuna risposta alla sua richiesta nel momento di contatto con il sistema di prenotazione, ad esempio a causa della saturazione delle agende. Per l'inserimento in tali preliste è necessario registrare i riferimenti utili del cittadino (ad esempio ricetta, anagrafica, recapito di riferimento), in caso di prescrizione dematerializzata la ricetta va presa in carico al fine di essere ricontattato per la proposta di assegnazione dell'appuntamento. Come indicato nel piano nazionale, nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle preliste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto, e quindi quella di inserimento in prelista. Queste preliste possono rispondere a esigenze diverse e quindi avere anche caratteristiche molto diverse, come di seguito descritto.

Preliste per richieste di primo accesso

Nel caso in cui su tutte le strutture del territorio provinciale o ambito aziendale, in un determinato momento, non sia disponibile alcuna agenda di prenotazione per una specifica prestazione richiesta (a causa della saturazione di tutti i calendari delle agende CUP a 24 mesi), occorre obbligatoriamente prospettare al cittadino la possibilità di essere registrato nella Prelista. In questo caso la finalità dello strumento è quella di minimizzare il disagio al cittadino che diversamente, per riuscire a prenotare, dovrebbe ricontattare il CUP anche più volte in momenti successivi.

Qualora accetti la proposta, al cittadino viene rilasciato un codice di identificazione e la data di inserimento in prelista, che attesta l'effettiva registrazione e deve essere opportunamente informato circa i tempi previsti entro cui sarà richiamato per avere l'appuntamento. In particolare, i cittadini inseriti nelle Preliste saranno contattati, con una tempistica che consenta di rispettare la priorità definita dalla prescrizione (Priorità U, B, D e P) ovvero ricevere la comunicazione, dall'inserimento in prelista, per lo svolgimento della prestazione: entro 6 giorni per la priorità B, entro 15 giorni per le visite con priorità D, entro 30 giorni per le prestazioni diagnostiche con priorità D.

La Prelista attivata per questa tipologia di prestazioni deve essere unica per tutto il territorio provinciale o ambito aziendale. Le ricette inserite devono comunque essere gestite in back office, assicurandosi che al cittadino venga comunque fornito un appuntamento in una delle agende presenti su sistema CUP del bacino di riferimento nei tempi congruenti a quanto previsto dall'impegnativa in base ai medesimi criteri già previsti per la prenotazione CUP.

Qualora vengano attivate per specifiche prestazioni (es. visita ematologica), o per l'accesso ad ambulatori specifici previsti da PDTA aziendali o regionali (es. ambulatorio cefalee, ambulatorio OSAS), l'utilizzo delle Preliste può essere supportato da una valutazione in merito all'appropriatezza delle richieste e può prevedere un feedback al medico prescrittore nel caso di richieste inappropriate. Altresì, dovrà essere argomento di discussione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), delle Aggregazioni Funzionali Territoriale (AFT) o delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

In caso di utilizzo, un costante e sistematico monitoraggio delle Preliste dovrebbe garantire un supporto all'analisi reale del fabbisogno, un efficientamento della produzione ordinaria e conseguente riduzione o dismissione delle stesse.

A livello regionale saranno oggetto di monitoraggio e di valutazione i tempi di attesa delle prestazioni presenti in tale tipologia di Preliste.

Preliste per prestazioni di accesso successivo (controlli e prese in carico)

Per la prenotazione di prestazioni di approfondimento diagnostico, di controllo o follow-up, necessarie a seguito di un primo accesso (ad es. visita o esame diagnostico), che devono essere gestite direttamente dalla struttura/professionista con la modalità di presa in carico, qualora (nonostante la disponibilità a 24 mesi del calendario) non sia possibile fornire al cittadino un appuntamento per indisponibilità di calendario, la struttura è comunque tenuta ad utilizzare la Prelista e a richiamare il paziente secondo tempi previsti dal percorso di presa in carico. Anche in questo caso poi l'appuntamento verrà fornito mediante una agenda inserita su Sistema CUP.

A livello regionale, saranno monitorate le modalità di gestione di tali tipologie di Preliste, i tempi di attesa delle prestazioni presenti e l'effettiva presa in carico del cittadino.

Preliste per prenotazione di prestazioni di primo accesso su strutture/ambulatori specifici a richiesta del cittadino

Nel caso in cui un cittadino, in fase di prenotazione, scelga di non accettare la disponibilità offerta dal Sistema CUP, ma prediliga l'appuntamento presso una struttura specifica per la quale le disponibilità di calendario anche a 24 mesi sono sature, è possibile prevedere l'attivazione della Prelista legata a quella specifica struttura/ambulatorio, comunicando al cittadino che l'attesa prevista potrebbe essere fuori standard e che potrebbe non ottenere la prestazione entro i tempi massimi di attesa.

A livello regionale anche questa tipologia sarà monitorata, ma non saranno oggetto di valutazione i tempi di attesa delle prestazioni di tali Preliste. Ciò in coerenza con quanto previsto dal monitoraggio regionale e nazionale. Infatti, quando il cittadino sceglie di non accettare la prima disponibilità per recarsi in una struttura di sua scelta, pur essendo il tempo di attesa superiore, non rientra tra le prenotazioni oggetto di monitoraggio. Anche in questi casi, comunque, la data di prima disponibilità deve essere tracciata.

3.1.6 Agende di garanzia

Le Agende di garanzia devono essere attivate dalle Aziende sanitarie non appena viene riscontrata una criticità sui tempi di attesa, coinvolgendo gli erogatori pubblici (comprese le Aziende Ospedaliere –Universitarie e gli IRCCS) e privati accreditati. Tali agende contengono dei posti reperibili attraverso il sistema CUP, in caso vi siano difficoltà per garantire i tempi di attesa con le disponibilità 'ordinarie'.

3.1.7 Front office e Canali di prenotazione

Nella progettazione di un Sistema CUP è importante prevedere un numero adeguato di canali di accesso, al fine di ottimizzare la fruibilità da parte del cittadino. Tra i canali di accesso possibili:

- sportello: con operatore dedicato;
- telefono: con un operatore di call center;
- operatori sanitari (medici di famiglia, specialisti, infermieri, altri operatori sanitari ecc.);
- farmacie territoriali;
- CUP WEB / FSE.

Occorre potenziare in particolare la prenotabilità on line per le prestazioni di primo accesso, e la prenotazione a carico della struttura per le prestazioni di presa in carico/controllo.

La formazione dedicata a tutti gli operatori del Front office in ciascun ambito territoriale deve essere programmata tempestivamente in coerenza con eventuali aggiornamenti delle regole sull'accesso.

È opportuno prevedere dei sistemi di prenotazione "intelligente" e il più possibile automatizzata, che a partire dalle ricette prescritte, consentano la ricerca sulle agende disponibili, fornendo il primo appuntamento al cittadino, senza quindi la necessità di interventi da parte degli operatori. I relativi documenti di riepilogo dell'appuntamento saranno comunque disponibili al cittadino nell'apposita sezione del FSE. Si precisa, in merito, che il FSE è attivo per tutti gli assistiti della Regione Emilia-Romagna ed è alimentato con tutta la documentazione prodotta dalle strutture sanitarie e che l'accesso al FSE avviene tramite credenziali SPID, Carta d'Identità Elettronica e Carta Nazionale dei Servizi (es. Tessera Sanitaria-CNS). A tale scopo è prioritaria la massima diffusione dell'utilizzo di Fascicolo Sanitario Elettronico.

Bacino di riferimento

L'"appartenenza al bacino di riferimento" deve essere rilevata a completamento del processo di prenotazione distinguendo tra l'utente che accetta la disponibilità proposta dall'azienda e l'utente che invece sceglie di prenotare presso un'altra struttura pur uscendo dal sistema di garanzie proposto dall'azienda (bacino 0, 1, 2).

In particolare, i casi che devono essere individuati sono:

- il paziente che sceglie la prestazione presso una struttura che non rientra fra quelle del suo bacino di riferimento: "Bacino 0";
- il paziente che sceglie una disponibilità proposta entro i tempi massimi di attesa nel suo bacino di riferimento, oppure anche oltre tali tempi, nel caso non vi sia disponibilità: "Bacino 1";
- il paziente che sceglie comunque un appuntamento presso una struttura con tempi di attesa oltre gli standard, nonostante vi sia un appuntamento entro standard disponibile nel suo bacino: "Bacino 2".

A prenotazione avvenuta, il Sistema CUP deve tenere traccia della prima disponibilità prospettata all'utente e della scelta da lui effettuata.

Le Aziende USL sono tenute a definire i bacini di riferimento, ovvero gli ambiti territoriali di garanzia di erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi di attesa, per le classi di priorità B, D, P, tenendo in adeguata considerazione la prossimità delle strutture di erogazione al domicilio del cittadino e le specifiche condizioni di viabilità legate alla distribuzione territoriale dell'azienda.

Sarà cura della Direzione generale cura della persona, salute e welfare verificare che la definizione dei bacini di riferimento sia coerente con i criteri sopra menzionati.

3.1.8 Pagamento del ticket

Il ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, se dovuto, può essere pagato al momento della prenotazione, oppure prima dell'erogazione della prestazione.

Come già previsto con DGR 748/2011, è opportuno attivare procedure gestionali che permettano all'utente di pagare non solo le prestazioni erogate dall'Azienda a cui il punto di prenotazione fa riferimento (es. AUSL), ma anche quelle erogate da altre Aziende/strutture per le quali è possibile prenotare le prestazioni (es. AOSP o privati accreditati del medesimo ambito territoriale). Nel caso di prescrizioni che contengono prestazioni erogate da Aziende/strutture differenti, è necessario definire criteri di compensazione negli accordi di fornitura, in modo da permettere all'utente di pagare in un'unica soluzione.

Ci sono casi in cui può accadere che le prestazioni vengano pagate successivamente, come per esempio eventuali prestazioni aggiunte in sede di erogazione oppure nel Day Service dove, come da indicazione regionale, il calcolo del ticket viene fatto a percorso concluso e quindi il pagamento viene regolato una volta eseguite tutte le prestazioni.

Per consentire il pagamento sono attivi molteplici canali (Pago on-line, farmacie, sportelli CUP, pagoPA) che consentono al cittadino di provvedere al pagamento secondo i tempi e le modalità a lui più consone, ma qualora prima dell'erogazione non abbia provveduto, è opportuno prevedere sistemi di promemoria per i cittadini, per evitare il più possibile casi di dimenticanza.

In caso di mancato pagamento del ticket si darà corso al recupero del credito con addebito delle relative spese amministrative.

3.2 Incremento dell'offerta

3.2.1 Piano Straordinario di produzione per ambito territoriale

Entro 15 giorni dall'adozione della presente deliberazione, l'AUSL in collaborazione con l'Azienda ospedaliera ed eventuale IRCCS, tenuto conto del fabbisogno stimato e della situazione dei tempi d'attesa del proprio ambito territoriale, elabora un Piano Straordinario di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che prevede il coinvolgimento e l'impegno diretto di AUSL, AOU e IRCCS. Il Piano Straordinario di produzione è articolato in due parti con orizzonte temporale 2024: la prima, con un impegno particolare collegato all'esigenze attuali e la seconda, fino alla fine dell'anno. Il Piano Straordinario deve prevedere un incremento significativo della capacità produttiva che deriva dalla riorganizzazione interna (isorisorse), dalla produzione aggiuntiva in simil-alpi, e, sulla base delle esigenze dei territori come valutate dalle AUSL, dalle potenzialità produttive del privato accreditato.

Le Aziende sanitarie nell'attuazione del Piano Straordinario di Produzione devono ricorrere, in via prioritaria, all'incremento della produzione in ambito pubblico e, solo successivamente, all'incremento di acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate.

La Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare valida i Piani Straordinari di Produzione e attiva un sistema di monitoraggio, descritto nel successivo capitolo 6.

3.2.2 Incremento dell'offerta nell'ambito di strutture pubbliche ospedaliere e territoriali

Partendo da un'analisi dinamica e dal monitoraggio del gap produttivo tra domanda ed offerta, l'aumento dell'offerta SSN dovrà prevedere, per ogni territorio di riferimento di ciascuna Azienda USL, l'identificazione di tale gap per ogni prestazione (sia per quelle oggetto di monitoraggio sia per le altre critiche), e dovrà determinare la pianificazione degli interventi necessari per dare concretezza all'azione di incremento, coerentemente con i criteri di appropriatezza prescrittiva, tra cui:

- revisione dei piani di lavoro per favorire: un maggior coinvolgimento dei professionisti, che operano anche in altri setting, per l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale; incrementi di disponibilità di prestazioni nel sistema CUP, declinati per

tipologia di erogatore (ad esempio aziende ospedaliero-universitarie, privati accreditati...);

- potenziamento della presa in carico da parte dello specialista per le prestazioni di approfondimento, per i controlli necessari a completare l’iter diagnostico-terapeutico del paziente e a garanzia di un monitoraggio costante;
- presa in carico dei follow-up su ambiti specifici critici (ad esempio: progetti endoscopia, oncologia, senologia, endocrinologia, neurologia per Epilessia e Parkinson);
- pianificazione dell’implementazione nel territorio di riferimento del progetto per il consulto e un rapido confronto tra professionisti (ad esempio il progetto Specialista on call, “SPOC”, già avviato in alcune aziende) per le specialità prioritarie secondo le specificità di ogni azienda.

Si precisa, inoltre, che il corretto rapporto fra attività istituzionale ed attività libero professionale previsto dalle normative viene garantito e monitorato, prevedendo il blocco dell’attività libero-professionale nei casi che presentino criticità permanenti nel corretto rapporto fra volumi erogati istituzionalmente e in regime di libera professione.

3.2.3 Incremento dell’offerta attraverso le prestazioni aggiuntive

Le aziende sanitarie potranno avvalersi, per le finalità di cui alla presente delibera, anche delle misure previste dai commi da 218 a 222 dell’art. 1 della L. 213/2023, ricorrendo allo strumento delle prestazioni aggiuntive, nei limiti previsti dall’art. 1 comma 218 e 219 e dall’Allegato III della L. 213/2023, nonché delle risorse che le Aziende hanno a disposizione in applicazione del cd. Fondo Balduzzi.

Si segnala che in fase di prima applicazione, la tariffa delle prestazioni aggiuntive della Dirigenza sanitaria finanziate dalla L. 213/23 viene individuata in 80 euro e quella del personale del comparto in 50 euro.

3.2.4 Offerta di visite da strutture private accreditate

Considerate le strategicità riguardanti i tempi d’attesa per le visite specialistiche, le aziende sanitarie, in coerenza con i Piani straordinari di produzione, se ritenuto necessario per raggiungere l’obiettivo di riduzione dei tempi d’attesa, potranno potenziare l’offerta anche avvalendosi del privato accreditato attraverso nuovi contratti o l’ampliamento dei contratti in essere, tenuto conto delle risorse disponibili; pertanto, le aziende sanitarie verificano, con

modalità trasparenti, la disponibilità dei soggetti privati accreditati a far fronte alle richieste delle aziende medesime.

Sempre al fine di contribuire alla riduzione dei tempi d'attesa per tali visite, le AUSL potranno anche verificare l'eventuale disponibilità delle singole strutture private accreditate a garantire la messa in disponibilità di visite nelle agende di prenotazione, in coerenza con le richieste delle aziende medesime. In quest'ultimo caso, le Aziende, tenuto conto delle risorse disponibili, potranno avvalersi delle misure previste all'art. 8-sexies (Remunerazione), co.1 e co. 2, del D.lgs. 502/1992, previa attivazione di un monitoraggio periodico della effettiva disponibilità delle visite nelle agende nel sistema CUP (come specificato nel paragrafo 6.5).

All'interno degli accordi contrattuali di fornitura, le AUSL potranno prevedere che, in esito alle verifiche effettuate, venga riconosciuta una quota di remunerazione pari a 5 € per ogni visita resa disponibile in agenda, ossia per tutte le prime visite e le visite di controllo messe a disposizione mediante i medesimi accordi. Tale quota sarà corrisposta al soggetto privato accreditato solo a fronte del riscontro di un effettivo aumento, rispetto a quanto erogato nel 2023, della messa in disponibilità delle visite, prime visite e visite di controllo, coerente con il Piano Straordinario di produzione. L'importo è determinato sulla base del costo standard di produzione del programma di assistenza di cui al co. 2 lett. a), b), f) art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992.

Le indicazioni contenute nel presente paragrafo hanno decorrenza dal 1° aprile 2024 con riferimento esclusivamente al 2024.

3.2.5 Coinvolgimento dei medici in formazione specialistica

I medici in formazione specialistica possono svolgere attività secondo quanto delineato dalle disposizioni organizzative in ordine all'incremento dell'offerta assistenziale, tenuto conto degli accordi definiti con i soggetti rappresentanti dei medici in formazione specialistica, delle disposizioni normative vigenti, nonché di quanto previsto dal Protocollo di intesa Regione – Università per la formazione medico specialistica.

Al fine di dare attuazione ai principi di questo provvedimento e per potenziare il processo di apprendimento in ambito assistenziale, si ritiene strategico consolidare e implementare modalità di coinvolgimento che i medici in formazione specialistica svolgono

nelle Aziende Sanitarie, promuovendone un maggior apporto nelle situazioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute e appropriate rispetto allo stato di avanzamento del percorso formativo. Tali modalità di coinvolgimento saranno proposte dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito dell'interlocuzione già avviata con le Università al fine di consentire una realizzazione concreta dei risultati posti.

4. Obiettivi medio-lungo termine

4.1 Azioni per potenziare l'Appropriatezza

Per consentire ai cittadini di trovare una risposta commisurata ai propri bisogni nel setting appropriato, è importante mettere in campo tutti gli interventi necessari per governare la domanda, ridurre l'inappropriatezza (non solo quella prescrittiva, ma soprattutto quella organizzativa).

4.1.1 Protocolli prescrittivi

A livello regionale si persegue l'adozione di strumenti di governo della domanda e di supporto all'appropriatezza prescrittiva che prevedono la definizione di protocolli clinici basati su linee guida e costruiti con la larga partecipazione dei clinici. Ai prescrittori si forniscono tutti gli strumenti informatici di supporto, affinché le richieste siano quanto più aderenti alle indicazioni regionali, vedi nota PG Prot. 21/03/2022.0282714.U.

L'informatizzazione dei "*Protocolli Prescrittivi*" nell'applicativo informatico del MMG rappresenta una guida alla corretta prescrizione, rendendo prescrivibile una certa prestazione soltanto qualora risponda ai parametri clinici previsti. A tali indicazioni regionali ha lavorato il Tavolo tecnico regionale dei tempi di attesa, composto dai Responsabili Unitari dell'Accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (RUA) di tutti gli ambiti territoriali della Regione e da collaboratori regionali.

Il lavoro ha previsto la definizione di protocolli che stabiliscono criteri di accesso alle diverse classi di priorità, basati, in primis, sulle indicazioni di appropriatezza già definite nel manuale RAO (allegato C al Piano Nazionale Governo liste di attesa 2019-2021 - PNGLA - e alla DGR 603/2019) e successivamente integrate in condivisione con i professionisti (specialisti e

MMG) di tutti ambiti territoriali regionali, facendo anche riferimento, in alcuni casi, a eventuali protocolli già in uso nelle varie aziende.

L'esito finale del lavoro è rappresentato da un documento contenente per ciascuna prestazione analizzata, una sezione descrittiva delle condizioni cliniche di accesso e una scheda riassuntiva, che in versione ufficiale, sono rese disponibili sul portale *ERsalute* alla pagina <https://salute.regione.emiliaromagna.it/cure-primarie/visite-ed-esami/accesso-appropriato> al fine di garantirne il costante aggiornamento.

Il lavoro inizialmente si è concentrato sulle prestazioni che, in diversi ambiti territoriali, presentano tempi di attesa oltre gli standard regionali e/o comportano difficoltà di accesso per i cittadini, e verrà progressivamente integrato con ulteriori prestazioni.

Tutte le indicazioni contenute nel documento, per poter essere rese operative, prevedono l'implementazione di strumenti di aiuto alla prescrizione per i medici (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali) che garantiscano il rispetto delle regole condivise fornendo al medico una guida alla scelta delle priorità sulla base delle condizioni cliniche del paziente che ha in carico.

A tale scopo quindi i percorsi prescrittivi vengono configurati sulla cartella regionale in uso ai MMG (*Cartella SOLE*) e le specifiche tecniche di implementazione sono sempre state rese disponibili a tutti i fornitori di cartella clinica presenti sul territorio affinché anche i medici che utilizzano applicativi diversi da *Cartella SOLE* siano nelle stesse condizioni di garantire l'adesione alle indicazioni regionali con analoghe modalità di guida alla prescrizione. Le Aziende Sanitarie hanno un ruolo fondamentale nella diffusione di tali indicazioni in sede di formazione dei propri professionisti.

A livello regionale verrà avviato il monitoraggio dell'impatto dell'applicazione di tali protocolli prescrittivi sulla domanda.

4.1.2 Teleconsulto

Aumentare le opportunità di confronto tra i medici di medicina generale e gli specialisti è senza dubbio una delle strade più efficaci per perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza compresa quella relativa all'utilizzo delle risorse.

Così come normato con DGR 1227/2021 (*Indicazioni in merito all'erogazione di servizi di telemedicina nelle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in applicazione all'Accordo Stato Regioni del 17 dicembre 2020 "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in*

telemedicina") e con circolare 2/2022, e come successivamente confermato con DGR 1050/2023 (*Approvazione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina della Regione Emilia-Romagna*), il teleconsulto prevede l'interazione a distanza tra medici per confrontarsi riguardo la situazione clinica di un paziente, condividendo dati clinici, referti, immagini e audio-video.

Il teleconsulto rappresenta un'opportunità di confronto tra MMG/PLS e specialisti e tra medici di specialità diverse al fine di condividere scelte cliniche prima di procedere alla richiesta di approfondimenti da parte del medico e prima dell'invio allo specialista riducendo in questo modo potenziali accessi inappropriati.

Le Aziende sono chiamate ad organizzare servizi di teleconsulto per le discipline maggiormente critiche in termini di accesso, strutturando soluzioni in grado di coniugare l'esigenza di organizzazione del lavoro degli specialisti con le necessità dei medici di medicina generale di usufruire di un riscontro in tempi appropriati e con modalità di comunicazione semplificate. In aggiunta alle soluzioni già in essere (fasce orarie o giornate di reperibilità da parte degli specialisti, organizzazione di appuntamenti, chiamate dirette), e in prospettiva al superamento delle stesse, le Aziende dovranno implementare modalità di comunicazione strutturate che non necessitino obbligatoriamente della disponibilità contemporanea di MMG/specialista e specialista e che consentano quindi uno scambio di informazioni fra i due interlocutori anche in un tempo differito, in modo tale da rendere più efficiente il ricorso al teleconsulto.

Tutti i medici del territorio devono essere opportunamente informati e formati circa le modalità di attivazione e fruizione del teleconsulto.

4.1.3 La medicina convenzionata

Gli accordi collettivi nazionali vigenti prevedono che i medici convenzionati con il Servizio sanitario regionale (medici del ruolo unico di assistenza primaria, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) concorrano ad assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In particolare, le prescrizioni specialistiche, comprese le diagnostiche, si attengono ai principi di appropriatezza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente.

L'utilizzo appropriato della risorsa di diagnostica strumentale, specialistica e terapeutica costituisce inoltre uno degli obiettivi assegnati dagli accordi collettivi nazionali,

obiettivo peraltro ripreso anche dalla Regione Emilia-Romagna con DGR 1254/2023 “Atto di programmazione per le nuove forme organizzative (AFT - Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP - Unità Complessa di Cure Primarie)”. Pertanto, l’appropriatezza prescrittiva costituirà uno degli elementi strategici da declinare all’interno dell’Accordo Integrativo Regionale e dei successivi accordi integrativi locali, anche mediante l’individuazione di adeguati strumenti di monitoraggio.

4.2 Presa in carico

E’ essenziale che tale pianificazione prenda in considerazione in maniera integrata, oltre al primo accesso, anche le attività necessarie per la presa in carico della cronicità e degli approfondimenti diagnostici conseguenti ad una prima visita e utili al completamento della diagnosi.

Tale modalità, oltre ad essere uno strumento efficace per la semplificazione dell’accesso da parte del cittadino, consente di distinguere in modo nitido i controlli dai primi accessi (sempre attraverso il sistema CUP) affinché le visite di controllo non si traducano in prime visite generando distorsioni nell’organizzazione dei primi accessi che sarebbero “sporcati” da prestazioni che in realtà non sono primi accessi. Ne consegue che anche la lettura dei tempi di attesa reali ne trae beneficio consentendo una distinzione chiara delle due tipologie differenti di accesso.

È necessario, quindi, perseguire in tutti gli ambiti territoriali e in tutte le strutture, la totale presa in carico dell’assistito da parte dell’unità operativa dello specialista che effettua la prima prestazione, mediante la prescrizione e prenotazione di successivi controlli e/o indagini affinché il paziente non sia indirizzato alla prenotazione a CUP ordinario, ma riceva gli appuntamenti dall’organizzazione. Anche per questa fattispecie di prestazioni si dovrà progressivamente tendere all’introduzione di sistemi di prenotazione “intelligente” e il più possibile automatizzata, che a partire dalle ricette prescritte consentano la ricerca sulle agende disponibili fornendo il primo appuntamento al cittadino, senza quindi la necessità di interventi da parte degli operatori.

Per la prenotazione delle prestazioni di approfondimento e completamento diagnostico (visite o diagnostica) occorre prevedere la prenotabilità tramite sistema CUP (sfruttando la configurazione dei profili di accesso in prenotazione). L’effettuazione della prenotazione è a

carico della struttura di riferimento, con l'obiettivo di garantire l'appuntamento in coerenza con la tempistica richiesta dallo specialista.

I centri di prenotazione interni e le segreterie dei servizi devono essere coinvolti in questo processo, operando a supporto degli stessi professionisti e cercando di coniugare giorni/orari di apertura degli stessi che vadano a coprire il più possibile le fasce di visita dei professionisti e quindi di accesso dell'utenza.

Con nota Prot. 21/03/2022.0282798.U, che qui si richiama e di cui si ricorda la necessità di applicazione, sono state definite le tipologie di presa in carico da parte dello specialista, garantendo le prenotazioni da parte di figure all'interno della struttura di appartenenza, al fine di garantirne l'applicazione uniforme in tutte le aziende. Si ricorda che le principali tipologie individuate sono:

1. Approfondimento e completamento diagnostico: semplice quando a seguito di prima visita emerge l'esigenza di una prestazione diagnostica oppure più articolato con necessità di avvio di un Day Service ambulatoriale diagnostico (DSA tipo1);
2. Programma terapeutico: qualora emerga la necessità di avviare il Day Service ambulatoriale di tipo terapeutico (DSA tipo 2);
3. Controlli successivi per il Monitoraggio della patologia e/o valutazione del trattamento terapeutico: qualora emerga la necessità di sottoporre il paziente a visite di controllo;
4. Avvio a secondi livelli per inquadramento diagnostico complesso nell'ambito della stessa disciplina specialistica
5. Avvio di un PDTA condivisi a livello Regionale (diabete, BPCO, scompenso cardiaco...)
6. Controlli di pazienti cronici in carico ai MMG, che necessitano di visite specialistiche

Per ognuna di queste fattispecie sono state fornite specifiche indicazioni in merito alle modalità di prescrizione e di prenotazione.

4.2.1 Visite ed esenzioni per patologia – dematerializzazione del certificato e ottimizzazione del percorso

Il riconoscimento delle esenzioni per patologia cronica ed invalidante è subordinato al rilascio di una certificazione specialistica che ne attesta il diritto, effettuata in corso di visita (prima visita o visita di controllo). La certificazione di patologia, che è funzionale al rilascio dell'esenzione da parte degli sportelli anagrafici, deve contenere tutte le informazioni utili per

la registrazione dell'esenzione (compreso il codice di esenzione ed il codice diagnosi) ed il rilascio del tesserino di esenzione (già dematerializzato da tempo).

Da circa un anno è stata progettata la funzionalità di dematerializzazione delle certificazioni specialistiche, che prevede che lo specialista produca il certificato in forma dematerializzata, e lo invii direttamente a FSE del paziente e all'Anagrafe Regionale Assistiti (qualora il cittadino abbia espresso la volontà di procedere con il riconoscimento dell'esenzione) per la contestuale emissione dell'attestato di esenzione, anch'esso caricato su FSE. Il cittadino, che sceglie di non richiedere al professionista la contestuale registrazione dell'esenzione in ARA, potrà comunque (durante il periodo di validità della certificazione) procedere successivamente, in autonomia tramite FSE, alla registrazione dell'esenzione in ARA.

Entro la fine del 2024, tutte le Aziende USL sono tenute ad implementare tale funzionalità, già sviluppata a livello regionale, al fine di accelerare il percorso di dematerializzazione e contribuire a snellire tutto il percorso di rilascio delle esenzioni. È opportuno che a tutti i cittadini sia prospettata la modalità sopradescritta e che tutti gli specialisti adottino tale procedura.

4.3 La struttura dell'offerta e le piattaforme erogative e prenotative

L'organizzazione dell'erogazione di attività specialistica ambulatoriale nell'ambito provinciale o aziendale deve necessariamente tenere conto della diversa composizione della domanda e dei relativi fabbisogni, in particolare per quanto riguarda:

- la gestione della cronicità e la quota di prestazioni che non afferiscono ai primi accessi;
- la modalità di dislocazione dell'offerta rispetto alla complessità e prevalenza delle prestazioni;
- la garanzia di un'offerta di prossimità nel pieno rispetto delle condizioni di sicurezza per il paziente.

Sarà importante strutturare una rete di offerta che si indirizzi verso l'erogazione a livello distrettuale o di area per le prestazioni a bassa complessità ed alta prevalenza, anche attraverso l'organizzazione di percorsi di presa in carico dei pazienti cronici o anziani pluripatologici. Quanto previsto nel successivo paragrafo 4.5 relativamente all'incremento

della presenza di specialisti ospedalieri nelle strutture territoriali, in primis nelle Case della Comunità, costituirà un elemento di supporto in questa direzione. Parallelamente si dovrà procedere verso una crescente erogazione delle prestazioni più complesse e a bassa prevalenza nelle sedi ospedaliere Hub.

La presenza di una rete di offerta distrettuale (o sovra distrettuale per i territori più periferici) dovrà essere tale da garantire non solo le prestazioni relative al monitoraggio della cronicità ma anche le prime visite e i controlli per bisogni ad alta prevalenza (ad esempio, cardiologia, pneumologia).

Sarà necessario orientare gli sforzi organizzativi delle Aziende, all'implementazione di modelli organizzativi che consentano un pieno utilizzo degli spazi ambulatoriali perseguendo l'obiettivo di ampliare l'offerta nell'arco delle 12 ore per 6/7 giorni a settimana con particolare riferimento al pieno utilizzo delle attrezzature di diagnostica pesante e dei centri caratterizzati da un ampio afflusso di utenza.

Nella definizione della propria Piattaforma Produttiva Ambulatoriale, si dovranno inoltre assicurare un governo puntuale e una gestione integrata e sistematica delle risorse umane, strumentali e tecnologiche, sviluppando anche collaborazioni fra strutture all'interno di una singola Azienda e fra Aziende del medesimo territorio.

Nell'ambito della diagnostica è importante pianificare progettualità ed interventi che portino ad un miglioramento dell'efficienza produttiva delle dotazioni tecnologiche a disposizione, mirando ad una massimizzazione progressiva della produttività.

In primis, nell'ambito della diagnostica ecografica, le Aziende devono predisporre ed avviare entro la fine del 2024, almeno per gli ecotomografi ad uso cardiologico, ginecologico e senologico, un'infrastruttura che consenta di monitorare puntualmente la produttività e le ore di effettivo utilizzo delle tecnologie (interfacciamento con dipartimentali già in uso, es. RIS/PACS).

Altresì, nell'ambito della diagnostica per immagini si dovrà procedere a impostare progettualità che mirino a massimizzare la produttività delle apparecchiature installate (es. Risonanze Magnetiche Nucleari e TAC con eventuale esclusione delle apparecchiature dedicate all'emergenza-urgenza e quelle a supporto della Radioterapia).

La Direzione generale cura della persona, salute e welfare mediante i settori competenti, monitora le azioni messe in campo dalle Aziende Sanitarie.

La ricerca della massimizzazione della produttività delle tecnologie dovrà essere ricercata, pianificata e monitorata anche per tutte le nuove strumentazioni, in particolare per quanto finanziato con il PNRR.

Relativamente all'organizzazione sopra descritta è importante proseguire e rafforzare il percorso intrapreso secondo quanto previsto come obiettivo di breve termine nel paragrafo 3.1.7 (Front office e Canali di prenotazione) in particolare per quanto riguarda la configurazione delle agende necessarie alla definizione di piattaforme prenotative. Si fa salvo quanto esplicitato al paragrafo 4.2 relativamente alla necessità di garantire la presa in carico dei pazienti qualora necessaria.

4.4 Riorganizzazione accesso chirurgia ambulatoriale e gestione delle piattaforme

La chirurgia ambulatoriale è caratterizzata da alti volumi di prestazioni ed elevata standardizzabilità ed in termini di percorso di accesso e fabbisogno assistenziale e spesso sovrapponibile alle prestazioni erogate in regime di Day Hospital che, come è noto, prevede il regime di ricovero e un diverso flusso informativo rispetto alle prestazioni specialistiche.

Certamente anche la chirurgia ambulatoriale ha un impatto nelle piattaforme di sale operatorie che, come noto, sono un driver di costi estremamente elevato ed alla costante ricerca di efficientamento. Anche in questo contesto, sono vincenti modelli di stratificazione della produzione per intensità di risorse assorbite e la chirurgia a bassa complessità (fra cui quella ambulatoriale) rientra appieno in questo approccio.

È pertanto necessario un approccio a questa domanda che avvicini questi percorsi e che, pur nel rispetto della normativa, tenda ad omogeneizzarne la gestione.

Al fine di perseguire tale approccio, saranno necessari alcuni interventi strategici ed organizzativi fra cui:

- Definire la casistica chirurgica in oggetto ed i relativi criteri di stratificazione nei vari setting in cui questa può essere erogata, nel rispetto dei nomenclatori vigenti;

- Identificare le caratteristiche di qualità e sicurezza (tecniche ed organizzative) dei setting in grado di accogliere la chirurgia a bassa complessità ambulatoriale e day surgery, contemplando le relative analogie e differenze;
- In virtù della sopra citata analogia con il resto della produzione chirurgica e del consumo di sale operatorie, tendere ad una gestione dell'accesso alla chirurgia ambulatoriale attraverso "lista di attesa" analoghe a quelle utilizzate per gli interventi in regime di ricovero;

Ciò naturalmente dovrà essere accompagnato da indicazioni specifiche di tale attività per la definizione degli standard di tempi di attesa, per la rendicontazione nei flussi regionali e per gli strumenti di gestione delle informazioni correlate, per le quali si rimanda a successivo documento regionale specifico.

4.5 Impiego omogeneo dei professionisti

Il processo di riorganizzazione complessivo delle attività sanitarie avviato in ambito ospedaliero con il provvedimento DM 70/2015, è stato stravolto dalla pandemia e condizionato dai cambiamenti demografici/epidemiologici. Tale processo viene sistematicamente influenzato dagli sviluppi tecnologici che condizionano potenzialità e aspettative dei cittadini, e nel 2022 è stato rivisto con la normativa di riordino dell'assistenza territoriale (DM 77/2022).

Nel pieno rispetto della normativa contrattuale vigente, dell'autonomia organizzativa e gestionale delle diverse aziende e della valorizzazione delle buone pratiche esistenti a livello regionale, si dovrà operare per il superamento dell'esclusività di erogazione da parte dei professionisti solo in alcune sedi (ad esempio solo all'interno di una singola struttura e solo nel setting ospedaliero), incrementando la presenza e l'operatività degli specialisti sia delle Aziende Sanitarie Territoriali sia delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli IRCCS nel setting ambulatoriale e nelle strutture territoriali, in primis nelle Case della Comunità.

Verranno poi concordate possibili sperimentazioni che mirino ad un miglioramento organizzativo anche prevedendo un maggior coinvolgimento della componente delle professioni sanitarie nell'erogazione diretta di alcune particolari tipologie di prestazioni nel rispetto delle competenze definite dalle norme vigenti, ad esempio nel caso di ortottisti e audiometristi.

Allo stesso tempo, si dovrà tendere ad una maggiore omogeneità nella capacità produttiva ambulatoriale dei professionisti di tutte le aziende sanitarie, utilizzando i valori medi delle aziende più produttive come riferimento di benchmarking da cui partire per analizzare e aumentare le performance: tale obiettivo dovrà essere raggiunto tenendo conto delle peculiarità delle singole situazioni (case-mix e complessità) ma comunque ricercando un miglioramento che riduca le differenze oggi riscontrabili fra le aziende sanitarie.

5. Ruoli e responsabilità

Viene nominato un Responsabile Unitario dell'Accesso (RUA), in capo all'Azienda territoriale, che garantisce un forte coordinamento interaziendale anche nei territori in cui sono presenti più Aziende.

Il Responsabile Unitario dell'Accesso dovrà garantire:

- la verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso l'applicazione delle indicazioni definite a livello regionale;
- la creazione e modifica delle agende specialistiche (comprese le Preliste) previa valutazione del fabbisogno e programmazione dell'attività;
- l'eventuale blocco della libera professione per le prestazioni che non rispettano le condizioni di equilibrio nel rapporto con l'attività istituzionale;
- il monitoraggio dei tempi di attesa;
- il monitoraggio della presa in carico dei cittadini da parte dello specialista.

Si dovrà prevedere anche la nomina di un Referente della specialistica ambulatoriale per ogni Azienda Ospedaliera Universitaria o IRCCS, che può essere lo stesso Direttore Sanitario o un suo delegato, che si dovrà raccordare con il RUA per:

- la messa in campo di azioni e strumenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva;
- la programmazione dell'offerta;
- il potenziamento della presa in carico da parte degli specialisti al fine di semplificare gli accessi e contenere i tempi di attesa dei primi accessi.

A livello regionale viene istituito un Tavolo operativo Permanente per la specialistica ambulatoriale che avrà la seguente composizione:

- In rappresentanza delle Aziende sanitarie:
 - il Responsabile unitario dell'accesso per ciascun Ambito territoriale (RUA) (AUSL, AOSP, IRCCS);
 - il Referente della specialistica ambulatoriale di ciascuna Azienda Ospedaliera Universitaria e IRCCS;
- In rappresentanza della Direzione generale cura della persona, salute e welfare:
 - il Responsabile del Settore Assistenza Territoriale;
 - Collaboratori regionali dei Settori che hanno competenze in materia di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

Il Tavolo operativo Permanente per la specialistica ambulatoriale ha il mandato di:

- verificare l'applicazione della presente deliberazione;
- effettuare il monitoraggio delle azioni messe in campo per il contenimento dei tempi di attesa;
- effettuare il monitoraggio dei tempi di attesa attraverso i sistemi vigenti;
- proporre interventi correttivi in caso di criticità;
- proporre azioni innovative in materia di accessibilità;
- supportare le attività dell'Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, nell'ambito della specialistica ambulatoriale.

A livello regionale è confermata l'istituzione dell'Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero (di cui alla DGR 603/2019) che avrà la seguente composizione:

In rappresentanza delle Aziende sanitarie:

- il Direttore sanitario di ciascuna Azienda sanitaria

In rappresentanza della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare della Regione

- il Direttore Generale Cura della Persona, salute e welfare della Regione;
- il Responsabile del Settore Assistenza Territoriale;
- il Responsabile del Settore Assistenza Ospedaliera.

L'Osservatorio verifica l'applicazione della presente deliberazione e, se necessario, definisce eventuali nuove strategie innovative ed efficienti per la semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini.

6. Monitoraggio

Al fine di monitorare l'andamento delle azioni descritte nei capitoli 3 e 4 sono definiti strumenti specifici di controllo che consentono una valutazione degli interventi.

6.1 Tempi di Attesa

Proseguirà il monitoraggio di Tempi di Attesa come definiti nella normativa nazionale e regionale mediante l'utilizzo degli strumenti in essere e gli indicatori attuali. In particolare, verrà effettuato il monitoraggio dei tempi di attesa ex ante attraverso il cruscotto regionale e il monitoraggio dei tempi di attesa ex post mediante il flusso della specialistica ambulatoriale e il flusso DEMA.

6.2 Tempo Lordo

Al fine di raccogliere informazioni utili ad approfondire le diverse fasi del processo che parte dalla prescrizione e arriva alla prenotazione, si procederà a strutturare strumenti ed indicatori che consentano di quantificare ed osservare il Tempo Lordo di Attesa, ossia l'intervallo temporale fra la data di prescrizione di una prestazione e la data di erogazione della stessa. Il Tempo Lordo verrà monitorato nei suoi principali intervalli, fra cui il tempo che intercorre fra la data di prescrizione e la data di contatto/prenotazione.

6.3 Preliste

Le Preliste di cui al precedente paragrafo 3.1.5 costituiscono uno strumento di eccezionalità che deve essere introdotto qualora ci siano criticità nei tempi d'attesa, ad

esempio a causa della saturazione delle agende. Un costante e sistematico monitoraggio delle Preliste dovrebbe garantire un supporto all'analisi reale del fabbisogno, un efficientamento della produzione ordinaria e una conseguente riduzione o dismissione delle stesse. Il monitoraggio delle Preliste partirà dai seguenti ambiti:

- effettiva apertura delle Preliste per le prestazioni critiche per i tempi di attesa;
- quantificazione dei pazienti e del numero di prestazioni inseriti in ciascuna Prelista, con particolare attenzione alla verifica dello scorrimento in coerenza alle classi di priorità delle prestazioni.

6.4 Piani Straordinari di produzione

I Piani Straordinari di produzione di cui al paragrafo 3.2.1 saranno oggetto di specifico e periodico monitoraggio per evidenziare e controllare la realizzazione degli stessi nonché l'impatto che producono, con particolare riferimento a:

- incremento nella disponibilità di prestazioni di prime visite e controlli coerente con i contenuti dei Piani Straordinari di produzione;
- incremento della produzione di prime visite e controlli coerenti con i contenuti dei Piani Straordinari di produzione;
- garanzia dei tempi di attesa dei primi accessi ad almeno il 90% delle prestazioni prenotate nel sistema CUP;
- utilizzo delle risorse specificatamente attribuite nei limiti delle assegnazioni definite dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare.

6.5 Disponibilità di visite da parte del Privato Accreditato

Nello svolgimento della propria funzione di committenza per il territorio di riferimento, le Aziende USL, nel caso decidano di avvalersi delle possibilità descritte nel paragrafo 3.2.4, dovranno attivare un appropriato monitoraggio periodico per i privati accreditati in modo da verificare per singola struttura:

- l'aumento di messa in disponibilità di visite, rispetto a quanto effettivamente erogato nel 2023, coerente con i contenuti dei Piani Straordinari di produzione e declinato negli accordi contrattuali di fornitura;

- Il riscontro dell'effettiva presenza di disponibilità di visite nelle agende presenti nel sistema CUP da parte delle strutture private accreditate, sulla base dei volumi concordati con le Aziende sanitarie mediante gli stessi accordi.

7. Valutazione degli obiettivi

Gli obiettivi definiti nei capitoli 3 e 4 hanno una rilevanza strategica per il Sistema Sanitario Regionale e pertanto alcuni di questi saranno considerati fra gli elementi da prendere in esame per la valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, con particolare riguardo a:

1. garanzia della continuità prenotativa del Sistema CUP e agende aperte;
2. rispetto dei contenuti del Piano Straordinario di produzione;
3. garanzia dei Tempi di Attesa entro gli standard;
4. garanzia della Presa in Carico da parte dei professionisti per gli approfondimenti diagnostici e i controlli periodici nei casi di necessità (ad esempio pazienti cronici e malattie rare, etc).

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Nomenclatore tariffario e accesso alle prestazioni

ASPETTI GENERALI

Il DPCM 12 gennaio 2017 (*Definizione e aggiornamento dei livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs n.502*), al Capo III articolo 3, individua la Specialistica Ambulatoriale tra le Aree di intervento del Livello Assistenza Distrettuale.

In particolare, all'art.15 prevede che nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore (allegato 4 al DPCM) e che l'erogazione della prestazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta del quesito diagnostico formulato dal medico prescrittore.

Inoltre, l'art.16 del medesimo decreto pone l'accento sulle prestazioni la cui erogabilità a carico del SSN è subordinata alla sussistenza di condizioni o indicazioni di erogabilità in merito allo stato clinico o personale del paziente, alla finalità della prestazione, alla tipologia di medico prescrittore, all'esito di accertamenti pregressi.

L'allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017 descrive il contenuto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che l'ambulatorio/laboratorio del Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto ad erogare all'assistito cui la prestazione è destinata e, quando possibile, indica all'erogatore le procedure incluse nella prestazione o quelle escluse.

La descrizione tecnica delle singole prestazioni ha lo scopo di precisare i contenuti specialistici cui il paziente ha diritto e che l'erogatore è tenuto a garantire e deve essere coerente con i fattori che concorrono alla costruzione della tariffa.

Il nomenclatore della Specialistica ambulatoriale, per poter essere utilizzato dalle Aziende Sanitarie come strumento amministrativo per l'erogazione di prestazioni nell'ambito dei LEA deve essere completo delle informazioni relative alla tariffa associata ad ogni singola prestazione, tariffa che copre l'intero contenuto prestazionale esplicitato nella definizione.

Il nomenclatore Tariffario è infatti utilizzato a riferimento per la definizione dei budget ed il rimborso delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, è utilizzato per gli scambi di mobilità intraregionale tra le diverse aziende USL e Ospedaliere ed è inoltre lo strumento sul quale si basano gli scambi di mobilità interregionale come prevede l'Accordo Interregionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria approvato annualmente dalla Conferenza Stato-Regioni.

Ne deriva che il nomenclatore per essere vigente ai fini dell'erogazione di prestazioni nei LEA non può prescindere dalla definizione di una tariffa, come esplicitato anche dall'art 64 del DPCM 12 gennaio 2017 - Norme transitorie e Finali - comma 2 che infatti vincola l'entrata in vigore dell'allegato 4 all'emanazione delle relative tariffe.

La definizione di cosa sia *l'Assistenza specialistica ambulatoriale* è stata data per la prima volta dal documento conclusivo delle attività del gruppo di lavoro interno al Progetto "Mattoni del SSN". Secondo tale definizione, l'assistenza specialistica ambulatoriale consiste di prestazioni:

- destinate alla diagnosi o al trattamento di una patologia, sulla base di un sospetto diagnostico o di una diagnosi formulati a seguito di un "problema/quesito clinico" attuale o pregresso, ovvero alla riabilitazione di una funzione lesa;

- che esauriscono la loro finalità diagnostica, terapeutica o riabilitativa al momento dell'esecuzione ancorché possano essere inserite in un percorso clinico complesso e prolungato nel tempo (ad es. PDTA);
- incluse tassativamente nell'elenco correlato allo specifico Livello essenziale di assistenza (allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017 e precedente dm 22 luglio 1996);
- associate ad un codice univoco.

Le modalità di erogazione delle prestazioni devono rispondere alle regole definite dalle norme in vigore per questa area di assistenza. In particolare, le prestazioni devono essere:

- fornite da strutture appositamente accreditate per l'erogazione di assistenza specialistica ambulatoriale;
- prescritte su ricetta del SSN (cartacea/dematerializzata);
- erogate dal medico specialista che firma il referto, o sotto la sua responsabilità (nel caso delle prestazioni eseguite da operatori sanitari non medici);
- soggette alle norme di compartecipazione alla spesa ovvero al pagamento della quota di partecipazione al costo salvo che per gli esenti;
- inserite nel flusso ex art. 50, legge n. 326 del 24/11/2003 e successive modifiche e nel flusso ricetta Dematerializzata.

Prescrizione del SSN:

La prescrizione del SSN è lo strumento con cui vengono prescritte prestazioni sanitarie a totale o parziale carico del Servizio sanitario nazionale, ed è utilizzabile in particolare per:

- farmaci,
- prestazioni di specialistica ambulatoriale
- proposte di ricovero
- Cure termali

La Legge 531/1987 all'art. 2, comma1, stabilisce che per l'erogazione di prestazioni poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale occorre impiegare il ricettario standardizzato del SSN il cui utilizzo è riservato esclusivamente ai medici dipendenti o in regime di convenzione con il SSN, nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali.

Con legge 8/1990 (di conversione del DL 382/1989) si è introdotta la compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni specialistiche e la ricetta SSN è lo strumento che consente di tracciare e regolare le modalità di compartecipazione alla spesa, il decreto stabilisce infatti che prestazioni afferenti a branche diverse devono essere prescritte su ricette separate fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca.

Successivamente la Legge 724/94 ha integrato questa disposizione prevedendo che per le prestazioni di medicina fisica riabilitativa ogni ricetta non possa contenere più di sei tipi di prestazioni e per ciascun tipo di prestazione il numero massimo di sedute è di dodici.

Il D.Lgs 502/92 chiarisce che le prestazioni sanitarie comprese nei LEA sono erogate dal SSN con partecipazione al costo da parte dei cittadini (ove prevista) o a titolo gratuito.

Con Legge 537/93 (legge finanziaria) è stata ribadita la compartecipazione da parte di tutti i cittadini alla spesa sanitaria (ticket) per la specialistica ambulatoriale, fino ad un tetto massimo di 36,15 euro per ricetta.

La legge n. 449 del 27/12/1997 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica) all'art.35 c.3 conferma che le prescrizioni di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca, ma introduce una modifica per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione che recano l'indicazione del ciclo, per le quali ciascuna ricetta può contenere fino a tre cicli fatte salve specifiche patologie individuate con apposito decreto del Ministro della sanità.

Il Decreto Ministeriale 329/1999 (Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti (...)) all' art.3 c.2 prevede che ciascuna ricetta non può contestualmente recare la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione dalla partecipazione e di altre prestazioni non erogabili in regime di esenzione.

La Legge 326/03 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici), all'art.50 *Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie*, ha definito il modello di ricettario medico standardizzato e di ricetta medica a lettura ottica, stampato dalla zecca dello stato e distribuito, con una sistema interamente tracciabile, ai medici del SSN abilitati dalla regione ad effettuare prescrizioni. Ogni ricetta contiene un codice a barre univoco che deve essere registrato e tracciato fino all'erogazione finale della prestazione, congiuntamente al Codice Fiscale dell'assistito.

Il Decreto Ministeriale 17 marzo 2008 (Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale) definisce le caratteristiche del ricettario e ne prevede l'utilizzo per l'erogazione di prestazioni sanitarie:

- a carico SSN presso strutture a gestione diretta o accreditate (art. 1, comma 1);
- agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale (art. 1, comma 2);
- a carico del Ministero della salute, al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile (art. 1, comma 3).

Il Decreto Ministeriale 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)) ha previsto la dematerializzazione della ricetta medica, istituendo un flusso che traccia le prescrizioni dal momento della loro generazione fino al momento dell'erogazione a carico SSN. Il medico prescrittore, al momento della generazione della ricetta elettronica secondo quanto indicato nel disciplinare tecnico, invia al Sistema di accoglienza centrale (SAC) tutti i dati della ricetta, che saranno sottoposti ad una prima verifica di completezza. A fronte dell'esito positivo di questa verifica questa viene considerata spendibile, può essere stampato il promemoria e la prestazione può essere erogata. La struttura di erogazione sulla base delle informazioni di cui al promemoria reso disponibile dall'assistito, inerenti l'NRE della prescrizione e il codice fiscale dell'assistito titolare della medesima prescrizione, preleva dal SAC, i dati della relativa prestazione da erogare, comprensivi dell'indicazione dell'eventuale esenzione dalla compartecipazione dalla spesa sanitaria e le informazioni relative alla prestazione erogata sono inviate nel medesimo flusso.

Infine, il DPCM 12 gennaio 2017 all'art. 15 c.1 ha previsto che l'erogazione della prestazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta del quesito o sospetto diagnostico formulato dal medico prescrittore, pertanto la compilazione di tale campo sulla ricetta è diventata vincolante.

L'evoluzione delle norme che hanno portato alla diffusione della ricetta, prima in formato cartaceo ed ora in formato elettronico, hanno richiesto parallelamente l'adeguamento di tutta la rete dei sistemi che intervengono nel governo dell'accesso alla specialistica ambulatoriale (applicativi di cartella clinica di medici di base e specialisti, sistema CUP, Anagrafi, sistemi di erogazione e rilevazione, sistemi di pagamento) e hanno reso sempre più rilevante la presenza di informazioni strutturate e codificate che consentano di generare comportamenti e modalità operative uniformi sul tutto il territorio nazionale.

Le prestazioni erogate a carico del SSN non possono essere prescritte da medici che operano in strutture private seppure accreditate; tuttavia, vi sono diversi provvedimenti regionali che prevedono la possibilità di procedere al completamento dell'iter diagnostico terapeutico per il paziente che si rivolge a queste strutture, o attraverso l'uso della ricetta SSN (Dema o Cartacea) o attraverso modulistiche interne regionali. A tal proposito si rileva l'opportunità di prevedere strumenti di prescrizione anche per questi specialisti, in particolare ad esempio l'uso della ricetta dematerializzata, su cui è possibile attuare un presidio ed una verifica puntuale rispetto all'aderenza alle indicazioni di appropriatezza nazionali e regionali. Ciò è importante affinché anche le strutture private possano a tutti gli effetti essere parte del sistema dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito SSN.

Talvolta, vi sono situazioni in cui, in fase di erogazione, la cui specifica procedura prevede una prestazione diversa da quella indicata in prescrizione (es. la endoscopia con biopsia a fronte di una prescrizione di endoscopia semplice), in questi casi quindi la prestazione richiesta può essere sostituita in fase di erogazione mantenendo la medesima impegnativa. In questo caso, la prestazione erogata a fronte di quella precedentemente prescritta dovrà essere inviata dall'erogatore nel flusso della ricetta dematerializzata (parte Erogato) se si tratta di ricetta dematerializzata, oppure rendiconta tramite il flusso ex art. 50.

La sostituzione della prestazione sulla ricetta da parte dell'erogatore è consentita solo per prestazioni della stessa branca specialistica e in misura di 1 prestazione/1 prestazione, sono escluse, per il flusso "ricetta Dematerializzata", le prestazioni prescritte al di fuori della regione di erogazione.

Il ticket, se dovuto, deve corrispondere a quello calcolato sulla base della prestazione effettivamente erogata.

Nessuna norma, inoltre, dispone la necessità di suddividere più prestazioni su ricette diverse in relazione a quale sarà la struttura di erogazione, è evidente infatti che a fronte di prescrizione di due o più prestazioni il ticket non può essere aumentato in relazione alla disponibilità o meno di appuntamenti sulla stessa struttura. A ciò si aggiunge che in fase di richiesta, il medico prescrittore non è tenuto a conoscere la disponibilità erogativa dell'azienda presso cui si rivolgerà il cittadino, sarebbe quindi impossibilitato ad una redazione della ricetta che tenga conto della struttura di erogazione.

Pertanto, le prestazioni, se della stessa branca, devono essere contenute su unica ricetta da cui viene calcolato il ticket. Nel caso poi l'erogazione avvenga su strutture diverse, sarà onere delle Aziende sanitarie, prevedere strumenti per gli scambi economici conseguenti

In considerazione della normativa vigente, per le prestazioni della branca di medicina fisica e riabilitativa non vi sono impedimenti, alla prescrizione contemporanea, nella stessa ricetta, di prestazioni "a ciclo" e prestazioni "non a ciclo".

Per quanto concerne la possibilità di indicare la stessa prestazione (medesimo codice Nomenclatore) più volte sulla ricetta, si precisa quanto segue.

- Le prestazioni afferenti alla branca di Medicina fisica e riabilitazione sono prescritte fino a 3 cicli nella stessa ricetta. La prescrizione di cicli successivi è vincolata ad una valutazione intermedia che attesti l'efficacia del trattamento riabilitativo anche in coerenza con l'eventuale PRI; in ogni caso, si precisa che il vincolo di prescrivibilità "fino a 3 cicli" riguarda ciascuna ricetta e non un arco temporale, per cui la stessa prescrizione può essere ripetuta, con diversa ricetta, nel corso di un anno.

Tuttavia, alcune Regioni hanno ritenuto di contenere il ricorso alle prestazioni di riabilitazione, spesso inutili per molte malattie croniche, introducendo un limite temporale alla ripetizione delle prescrizioni.

- Le prestazioni a ciclo che non afferiscono alla branca di Medicina fisica e Riabilitazione, vengono prescritte in conformità a quanto previsto per tutte le prestazioni specialistiche e quindi la ricetta può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca specialistica. Se ciascuna prestazione è composta da "n" sedute, ciascuna prestazione verrà moltiplicata per il numero di sedute. Per esempio, per la prestazione 39.95.2 "EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD

ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute” possono essere prescritte fino a 8 prestazioni da 13 sedute ciascuna ovvero 104 sedute in totale.

- Le prestazioni terapeutiche, quali ad esempio le medicazioni, le infiltrazioni intrarticolari, la terapia a luce ultravioletta (PUVA), per loro natura possono avere necessità di essere ripetute anche a breve distanza di tempo pertanto possono essere inserite con lo stesso codice nomenclatore fino al numero massimo di 8 sulla stessa ricetta;

- Le prestazioni diagnostiche possono avere necessità di essere ripetute nell’ambito del monitoraggio di una patologia, pertanto, si ritiene che in presenza di esenzione per malattia cronica, malattia rara o invalidità queste possano essere prescritte con lo stesso codice nomenclatore fino al numero massimo di 8 sulla stessa ricetta perché questo non comporta una modifica della compartecipazione alla spesa.

Accesso senza prescrizione del SSN:

L’ACN e l’art 16, comma 3 del DPR n. 271/2000, consente l’accesso diretto per le seguenti specialità: ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l’assistenza pediatrica di base), oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche), psichiatria e neuropsichiatria infantile, salvi i casi di urgenza per i quali l’accesso diretto è consentito anche alle altre branche specialistiche.

Alla luce delle norme che regolano l’accesso alla specialistica ambulatoriale, in particolare in materia di partecipazione alla spesa, esenzioni, prenotazione (si veda l’intesa della Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2010 “Sistema CUP- Linee guida nazionali”) e flusso ricetta dematerializzata, si ritiene che tale indicazione non sia applicabile al setting specialistico in senso stretto, per il quale la redazione dell’impegnativa è determinante ai fini del calcolo del ticket e all’applicazione di eventuali esenzioni (onere del medico e non di personale amministrativo), è vincolante ai fini prenotativi e al fine di rilevazione nel flusso ricetta Dematerializzata. È da escludere inoltre la possibilità dell’autoprescrizione (ovvero della prescrizione fatta dal medico erogante) in considerazione del fatto che gli erogatori privati accreditati sono impossibilitati a prescrivere.

L’indicazione dell’ACN si intende quindi applicabile al setting consultoriale e della NPPIA per le prestazioni dell’area ginecologica, psichiatrica e neuropsichiatrica ed al pronto soccorso per le urgenze.

In tutti gli altri casi è richiesta prescrizione del SSN.

PRESTAZIONI EROGATE NELL'AMBITO DI AREE O LIVELLI DI ASSISTENZA DIVERSI

Fatte tali premesse, l'applicazione delle regole sopra indicate consente di differenziare le prestazioni che appartengono al livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale da quelle di contenuto simile (o addirittura identico) erogate nell'ambito di livelli di assistenza diversi.

In dettaglio:

1. le prestazioni diagnostiche eseguite nell'ambito di un programma di **screening** nazionale, regionale o aziendale, finalizzate alla diagnosi precoce di malattie oggetto del programma, afferiscono all'area della prevenzione. Per queste prestazioni, richieste per finalità di prevenzione e non per verificare un sospetto di patologia, non è prevista la prescrizione SSN, non è richiesto il pagamento del ticket e non è prevista la registrazione nel flusso ex art. 50/ricetta dematerializzata. Sono incluse nel livello della prevenzione le ulteriori prestazioni che portano alla **conferma diagnostica** (comunemente considerate di "prevenzione secondaria") quando siano eseguite in seguito allo screening di primo livello del programma.

Viceversa, afferiscono all'assistenza specialistica ambulatoriale le stesse prestazioni diagnostiche (in particolare la mammografia, l'esame citologico e la colonscopia) erogate ad assistiti individualmente indirizzati dal medico con finalità di diagnosi precoce, in quanto appartenenti a fasce di età o a categorie a rischio ai sensi dell'art. 85, comma 4, della L. 388/2000 - codice di esenzione D (D02, 03, 04 e 05) quindi prescritte su ricetta del SSN;

2. le prestazioni erogate presso i **Consultori** non afferiscono all'Assistenza specialistica ambulatoriale. Per tali prestazioni non è richiesto il pagamento del ticket e non è prevista la registrazione nel flusso ex art. 50/ricetta dematerializzata. Infatti, il consultorio familiare è un servizio territoriale di base, orientato alla prevenzione, alla formazione, all'informazione e all'educazione sanitaria, la cui attività di diagnosi e cura di "prima istanza" si inserisce in una "presa in carico globale" degli assistiti, integrata con l'attività dei distretti, degli ospedali e dei servizi degli enti locali. Alle attività del consultorio si accede senza prescrizione (accesso diretto).

Quando il consultorio è appositamente accreditato dalla Regione come soggetto erogatore di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, può fornire le stesse prestazioni per una finalità diagnostica/terapeutica "estemporanea". In tal caso, per le prestazioni è richiesto l'accesso mediante prescrizione del SSN, la partecipazione al costo se il paziente non è esente e le prestazioni sono rilevate nei flussi dell'assistenza specialistica (ex art. 50/ricetta dematerializzata).

3. le visite o le altre prestazioni strettamente collegate a un episodio di **ricovero**, erogate prima del ricovero già fissato/programmato a carico della stessa struttura che lo eseguirà, appartengono all'area dell'assistenza ospedaliera, come indicato dalla legge n. 662 del 1996 (art.1, comma 18). Fanno altresì parte dell'episodio di ricovero le prestazioni erogate "a completamento" del ricovero (es. visita di controllo, rimozione di punti di sutura, medicazione della ferita chirurgica, rimozione di apparecchio gessato), indicate nella lettera/relazione di dimissione ed eseguite nell'ambulatorio dell'ospedale di norma entro 30 gg dalla dimissione. Tali prestazioni sono comprese nella tariffa del DRG.

4. Le visite programmate di monitoraggio successivo alla **dimissione** e oltre i 30 gg. sono invece di assistenza specialistica ambulatoriale anche nel caso in cui dovessero dare luogo ad un nuovo ricovero;

5. le prestazioni specialistiche erogate a **domicilio** sono afferenti al livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale quando non sono incluse nel Progetto di assistenza individuale (PAI), ma sono effettuate in modo estemporaneo, per un problema insorgente del paziente non trasportabile. In questi casi, le prestazioni devono essere richieste su ricetta del SSN e registrate nel flusso informativo art. 50/ricetta dematerializzata. Viceversa, se la prestazione specialistica è prevista nel PAI e si riferisce al trattamento/monitoraggio

programmato di una malattia (oncologica, neurodegenerativa, ecc.) la prestazione rientra nel livello delle cure domiciliari. Se alla visita specialistica consegue una rielaborazione del PAI, le prestazioni erogate in seguito a tale modifica fanno parte delle cure domiciliari e non sono da considerarsi assistenza specialistica ambulatoriale. Non rientrano nell'assistenza specialistica ambulatoriale le valutazioni multidimensionali necessarie all'individuazione del *setting* assistenziale, né le visite domiciliari programmate (ADP) del medico di medicina generale;

6. Le prestazioni per le cure palliative domiciliari non costituiscono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale quando sono rese nell'ambito di un Progetto di assistenza individuale (PAI) definito in seguito a valutazione multidimensionale e presa in carico da parte dei Servizi della Rete di cure palliative.

7. le prestazioni erogate dai SERD alle persone con dipendenze patologiche (art 28 capo IV del DPCM 12 gennaio 2017), inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze (tra cui la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative) non afferiscono all'assistenza specialistica ambulatoriale. Inoltre, non sono assistenza specialistica ambulatoriale le prestazioni che il SERD dispone per il controllo periodico del consumo di sostanze da parte degli assistiti, in seguito alla loro presa in carico, anche se erogate da laboratori esterni allo stesso SERD. Qualora, invece, un problema clinico insorgente indichi la necessità di altre prestazioni specialistiche, il medico del SERD le prescrive con ricettario del SSN in modo che il cittadino possa usufruirne presso i laboratori/ambulatori accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale. Quando il SERD è appositamente accreditato dalla Regione come soggetto erogatore di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, può fornire le stesse prestazioni, per una finalità diagnostica/terapeutica "estemporanea". In tal caso, per le prestazioni è richiesto il pagamento del ticket e la registrazione nel flusso ex art. 50/ricetta dematerializzata;

8. rientrano nell'assistenza specialistica le prestazioni di carattere diagnostico e terapeutico rese a pazienti assistiti nelle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti (art. 30 DPCM LEA 2017) e per persone con disabilità (art.34 DPCM LEA 2017), quando sono effettuate in modo estemporaneo sulla base della valutazione clinica in presenza di una necessità insorgente e comunque non riconducibile all'assistenza di base. In questi casi, le prestazioni devono essere richieste su ricetta del SSN e registrate nel flusso informativo ex art. 50/ricetta dematerializzata e possono essere erogate all'ospite anche direttamente presso la struttura residenziale di appartenenza ovvero, dove applicabile, anche a distanza (telemedicina). Diversamente non sono afferenti al livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale quando sono effettuate nell'ambito della programmazione degli interventi contenuti nel Piano Assistenziale Individuale (PAI) che viene predisposto sulla base dei bisogni degli assistiti. In ogni caso, non rientrano nell'assistenza specialistica ambulatoriale le valutazioni multidimensionali necessarie all'individuazione del *setting* assistenziale appropriato e del livello di fragilità dell'assistito;

9. le prestazioni rese nell'area dell'assistenza sanitaria territoriale (capo IV art.24, 25 e 26 del DPCM 12 gennaio 2017) per la diagnosi e la presa in carico delle persone con disturbi mentali e dei minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo erogate dai servizi di **salute mentale e di neuropsichiatria infantile** non appartengono all'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Per tali prestazioni non è richiesta la prescrizione né il pagamento del ticket. Quando tali servizi sono appositamente accreditati dalla Regione come erogatori di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, possono fornire le stesse prestazioni per una finalità diagnostica/terapeutica "estemporanea" dell'assistito. In questo caso, per le prestazioni è richiesta la partecipazione alla spesa se dovuta e la rendicontazione nei flussi ex art. 50 e ricetta Dematerializzata;

10. le prestazioni erogate in Pronto soccorso (PS) (art.37 Capo V del DPCM 12 gennaio 2017), incluse le prestazioni di Osservazione breve intensiva (OBI), non sono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ma fanno parte del livello di assistenza ospedaliera. Tali prestazioni non sono registrate nel flusso ex art. 50;
11. le attività svolte da personale delle professioni sanitarie non mediche (come ad es. prestazioni infermieristiche, dei terapisti della riabilitazione, colloqui con le dietiste ed elaborazione della dieta, medicazioni, somministrazione di farmaci), sono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale se erogate in un ambulatorio accreditato, sotto la responsabilità del medico specialista che rilascia il referto. Queste devono pertanto essere inviate nel flusso ex art.50 /ricetta dematerializzata. Invece, anche se presenti nel nomenclatore, le prestazioni effettuate da infermieri e non refertate (es. monitoraggio ECG) ma visionate dal MMG nell'ambito della presa in carico di pazienti cronici, non fanno parte dell'assistenza specialistica ambulatoriale.
12. le prestazioni di iniezione o infusione di farmaci erogate dal MMG non sono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ma rientrano tra le prestazioni di particolare impegno professionale (PIP) e come tali non sono soggette a ticket. Analogamente anche le prestazioni diagnostiche erogate dai MMG o da infermieri della casa della salute nell'ambito di programmi di presa in carico e sorveglianza di pazienti cronici, non afferiscono alla specialistica ambulatoriale e non prevedono ricetta SSN e ticket. Questa attività non prevede un referto specialistico, quindi, non rientra nel setting ambulatoriale.
13. Le prestazioni di laboratorio finalizzate al giudizio di idoneità fisica per l'accesso a concorsi o tirocini formativi, non avendo finalità clinico-terapeutiche ma medico-legali per interesse privato, sono a carico del richiedente e non possono essere prescritte su ricetta del SSN. Le Regioni autorizzano i propri laboratori all'erogazione di tali prestazioni ai richiedenti come "Paganti in proprio" applicando le tariffe individuate dalle Aziende Sanitarie.
14. La visita e le prestazioni rese per il rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva (agonistica e non agonistica) non costituiscono prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e sono erogate senza oneri quando erogate in favore di minori e disabili di ogni età (DPCM 12 gennaio 2017, allegato 1, lettera F, punto F5 - *Prevenzione collettiva e sanità pubblica*). Prestazioni specialistiche richieste dal medico dello sport per approfondimenti ulteriori rispetto a quelli previsti per il rilascio del certificato oppure per l'accesso all'Attività fisica adattata devono essere prescritti su ricetta del SSN e rendicontati nei flussi ex art.50/ricetta dematerializzata.
15. Le Prestazioni richieste nell'ambito dell'attività certificativa medico legale per la disabilità o richieste da commissioni per il rilascio di patenti rientrano nel Livello della Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica se rispondono a quanto previsto dall'allegato 1 Punto G del DPCM 12 gennaio 2017 (attività medico legali per finalità pubbliche), che in particolare al punto G2 che prevede anche la formulazione di pareri su richiesta di pubblica amministrazione in applicazione di norme e regolamenti, incluse le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio. Le prestazioni specialistiche richieste ed eseguite per certificazioni che hanno invece finalità privata (es. rinnovo patente). Si ricorda che l'art. 330 comma 6 del programma attuativo del codice della strada prevede che la commissione può avvalersi di singoli consulenti oppure di istituti medici specialistici appartenenti a strutture pubbliche, con onere a carico del soggetto esaminato.
16. Le prestazioni incluse in progetti di sperimentazione e ricerca, proposti da Ministeri, Regioni/PA, case farmaceutiche o altri soggetti privati non sono da considerare attività di specialistica ambulatoriale, non sono soggette a compartecipazione alla spesa ed i relativi costi vengono coperti dagli enti promotori. La

rilevazione avviene secondo le modalità stabilite ad hoc dagli enti promotori e finanziatori es. Ministero Salute, Regioni/PA, ASL

DEFINIZIONE DELLE VOCI RIPORTATE NELLA LEGENDA ALL'ALLEGATO 4 DEL DPCM 12 GENNAIO 2017

Incluso: la voce “incluso” è riferita a prestazioni “complesse” e indica le attività o procedure comprese nella prestazione che devono essere erogate nel corso della stessa.

Escluso: la voce “escluso” indica che le procedure che seguono tale termine non sono comprese nella prestazione descritta. In questo caso, le ulteriori prestazioni non comprese in essa possono essere eseguite nel corso della stessa prestazione qualora emergesse la necessità; di conseguenza, possono essere registrate in aggiunta, utilizzando la corretta codifica.

La prescrizione potrà avvenire sia in associazione con la prima prestazione qualora il richiedente ne preveda già la necessità, sia in fase di erogazione, qualora avvenga in ambulatorio specialistico autorizzato all'uso del ricettario. In quest'ultimo caso la prescrizione di una prestazione aggiuntiva da luogo al pagamento di un nuovo ticket da parte del cittadino.

Incluso/escluso farmaco:

In generale, per tutte le prestazioni che prevedono l'utilizzo di un farmaco, questo deve essere sempre reperito dall'ambulatorio erogante e non dall'assistito. Ne deriva che la precisazione incluso/escluso farmaco è riferita alla tariffa della prestazione. Più precisamente di norma le prestazioni del nomenclatore ricomprendono nella tariffa anche il costo del farmaco, mentre in alcuni casi esso è escluso pertanto è precisato nella descrizione. Ciò accade ad esempio quando la variabilità del costo del farmaco utilizzato è troppo elevata e non consente la definizione di una tariffa univoca. In questi casi quindi la rendicontazione del farmaco avverrà separatamente attraverso i flussi informativi ad hoc.

Non associabile: definisce le prestazioni identificate con diverso codice del nomenclatore che non possono essere prescritte ed erogate contemporaneamente a una prestazione. Sulla non associabilità di queste prestazioni è possibile il controllo sul Sistema di Accoglienza centrale (SAC). In particolare, il SAC dovrebbe prevedere l'impossibilità di prescrivere due prestazioni non associabili sulla stessa ricetta e nell'ambito della stessa giornata.

Branca specialistica: l'articolazione delle prestazioni in branche specialistiche ha il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano le modalità di compilazione della ricetta (legge n. 8 del 1990: massimo di otto prestazioni della medesima branca specialistica sulla stessa ricetta) e la partecipazione al costo da parte degli assistiti (legge n. 537 del 1993: somma delle tariffe delle prestazioni prescritte sulla ricetta fino al limite di 36,15 euro). L'articolazione in branche non limita né condiziona in alcun modo l'attività dei professionisti, dipendenti o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, la cui attività è determinata dai rispettivi contratti di lavoro, collettivi e individuali. Le visite specialistiche per le quali non è esplicitamente indicata la branca, sono incluse nella categoria "altre" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono tali prestazioni.

Altre: in conformità a quanto sopra, il raggruppamento “altre” ha la funzione di consentire che le prestazioni in esso incluse siano prescritte nella stessa ricetta insieme a prestazioni “complementari”, riconducibili ad una delle branche specialistiche individuate. In tale caso, la prestazione prescritta deve essere considerata come appartenente alla branca delle prestazioni “complementari”. Qualora, invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento dell'ambito di cura.

Nota H: indica che la prestazione deve essere eseguita in ambulatori situati presso strutture di ricovero oppure *funzionalmente collegati* a strutture di ricovero, così da consentire, in caso di necessità, un tempestivo intervento della struttura. Il prossimo aggiornamento dell'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 sostituisce il testo esplicativo della nota H in tal senso.

Nota R: indica che la prestazione può essere erogata *esclusivamente* in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione

Nota H R: quando le note H e R sono presenti contemporaneamente, significa che la prestazione può essere erogata *esclusivamente* in ambulatori/laboratori dotati di particolari requisiti ed appositamente individuati dalla Regione tra quelli situati presso strutture di ricovero o ad esse funzionalmente collegati.

Nota MR: per le prestazioni di laboratorio indica che la prestazione è prioritariamente/specificamente riservata alle malattie rare secondo protocolli diagnostico terapeutici adottati nell'ambito della rete nazionale. .

Prima visita: nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico o riabilitativo.

È da considerarsi prima visita anche quella prescritta da uno specialista che per completare una diagnosi necessita del parere di specialista di altra disciplina,

Si tratterà di una Prima visita anche nel caso in cui insorga un nuovo problema clinico o compaia un sintomo/segno verosimilmente non correlato alla malattia/condizione di base già diagnosticata, ovvero relativo ad una evoluzione imprevista della patologia cronica, o nel caso in cui lo stesso specialista che segue il paziente ritenga necessaria una valutazione da parte di uno specialista di disciplina diversa da quella attinente alla malattia di base (ad esempio, ad un paziente iperteso al quale, in sede di monitoraggio, venga rilevato un persistente valore anomalo della glicemia, potrà essere prescritta una prima visita diabetologica). Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01 (e altri codici di visita di controllo dettagliati), pertanto, l'assistito esente ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente.

Da ciò deriva pertanto che in caso di prima visita resa necessaria da una riacutizzazione di malattia cronica o nuovo problema clinico correlata alla patologia da cui il paziente è affetto, si utilizza il codice 89.7 (e derivati) solo nel caso in cui il paziente non possieda alcuna esenzione per patologia cronica, perché nel caso in cui invece sia esente occorre utilizzare il codice 89.01 (e derivati)

In qualunque caso queste visite devono poter essere prescritte utilizzando il "Tipo accesso 1 – primo accesso" e la classe di priorità più opportuna, sia per i codici 89.7 (e altri codici dettagliati) che per i codici 89.01 (e altri codici di visita di controllo dettagliati).

Inoltre, le visite di controllo (codici 89.01) non sono tra le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa. Queste ultime, quindi, solo per pazienti esenti per patologia devono essere considerate analoghe alle prime visite per i casi di riacutizzazione laddove sia necessaria una rivalutazione e prevenire il rispetto degli standard dei tempi di attesa previsti per le prime visite.

Tale vincolo è imposto dalla normativa attualmente in vigore, in particolare la circolare 13 del Ministero della Salute del 13 dicembre 2001 prevede che:

La prestazione 89.01 Anamnesi e valutazione definite brevi - Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima", come definita dal decreto ministeriale 22 luglio 1996, corrisponde alla visita specialistica di controllo. Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01 (e altri codici di visita di controllo dettagliati)

Pertanto, l'assistito esente ai sensi del D.M. n. 329/1999 e successive modifiche ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente.

Visita a completamento della prima (89.02): nella visita a completamento della prima (ad esempio visione referti prestazioni successive alla prima visita), richiesta ed erogata dallo stesso specialista o equipe che ha effettuato la prima, viene completato l'iter diagnostico, stilata la diagnosi definitiva ovvero evidenziati ulteriori quesiti diagnostici, prescritto un adeguato piano terapeutico ed aggiornata la documentazione clinica. Il percorso diagnostico, che si concluderà con una eventuale nuova diagnosi e una eventuale nuova terapia, potrà esaurirsi nella Prima visita (89.7 e codici derivati) o in una Visita a completamento della prima visita (89.02).

Visita di controllo: nella Visita di controllo (89.01 e codici derivati) un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente affetto da patologia cronica) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Si intende incluso nella visita di controllo anche il rinnovo del piano diagnostico-terapeutico o riabilitativo. È una visita di controllo la visita effettuata per i controlli periodici di pazienti in carico per patologie croniche che ne richiedano il monitoraggio, il problema clinico/sintomo è valutato e viene aggiornata la documentazione e/o la terapia. La prescrizione di visita di controllo deve essere effettuata utilizzando il "Tipo Accesso 0 – altro accesso" indicando il tempo entro cui deve essere effettuata.

Invece la visita che si rende necessaria in caso di nuovo problema clinico (anche correlato o dipendente dalla malattia/condizione di base) o nel caso di riacutizzazione della stessa malattia nota è una prima visita (come sopra descritto – vedi quanto riportato nel paragrafo Prima Visita).

Visita multidisciplinare (89.07 e 89.07.A): nella visita multidisciplinare il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti (almeno 2). Tale visita non è associabile alle visite specialistiche singolarmente codificate e deve essere valorizzata e rendicontata una sola volta, indipendentemente dal numero degli specialisti coinvolti;

