

REGIONE LAZIO

DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 5836 DEL 03/11/98

OGGETTO

LINEE GUIDA PER LA RIMODULAZIONE DELL'ATTIVITÀ SPECIALISTICA - INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA - ADEGUAMENTO DEL SISTEMA INFORMATIVO PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA (SIAS).

La Giunta Regionale

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute

PREMESSO che nell'ambito del processo di riordino del Servizio sanitario nazionale, uno dei settori che ha subito maggiori modificazioni sul piano organizzativo ed erogativo è quello dell'assistenza specialistica ambulatoriale, a causa di una molteplicità di provvedimenti intervenuti nella materia, i più rilevanti dei quali sono di seguito richiamati:

- Il D.lgs. 30.12.1992, n.502, così come modificato dal D.lgs. 7.12.1993, n.517, all' art.8, comma 5, stabilisce che l'Usl assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali, avvalendosi all'uopo, dei propri presidi, delle istituzioni sanitarie pubbliche, private e dei professionisti accreditati e che con tali soggetti intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un compenso predeterminato a fronte della prestazione resa;
- La legge 23.12 1994, n.724 all'art. 3, comma 8, istituisce sotto la personale responsabilità del Direttore sanitario il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri;
- Il D.P.R. 1.3.1994 "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996" ha previsto nel punto 2.B, nel quadro di una complessiva organizzazione dei servizi, l'individuazione dei bisogni di salute e della domanda di prestazioni sanitarie, tuttavia, anche in carenza di una conoscenza puntuale dei bisogni ha ribadito la necessità di adottare interventi per migliorare le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie:
 - a) semplificazione delle procedure di accesso ai servizi sanitari;
 - b) miglioramento delle tipologie e dei tempi di attesa.

Nell'ambito dell'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali sono state proposte alcune linee di tendenza e i valori di riferimento:

- per le indagini di laboratorio: esecuzione entro quarantotto ore, fatti salvi esami che per ragioni tecniche vengano eseguiti con periodicità programmata e le situazioni di urgenza;
- per la diagnostica per immagini: salvo urgenze, esecuzione entro cinque giorni;
- per la visita specialistica e la diagnostica strumentale: salvo urgenze, esecuzione entro giorni sette giorni.

- Il D.P.C.M. del 19.5.1995 concernente lo Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari" individua tra gli impegni da assumere con il cittadino la gestione e il controllo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie;
- Il D.M. 22.7.1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe, "individua le prestazioni comprese in tale livello di assistenza;
- La legge 23.12.1996, n.662 all' art.1, comma 32; stabilisce che la Regione individui nel rispetto dei livelli di spesa programmati, le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e private, provvisoriamente accreditate;
- Il D.P.R. 14.1.1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", attiva un processo di revisione dei requisiti minimi, generali e specifici, per l'esercizio delle attività sanitarie e la classificazione delle strutture. L'atto fa un preciso riferimento anche al miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni attraverso la predisposizione di documenti che fissino criteri e modalità di accesso dell'utente (Programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- Il D.lgs. 29.4. 1998, n. 124 , avente per oggetto "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art.59, comma 50 della legge 27 dicembre 1997, n.449, "all'art. 3, comma 10, stabilisce che le Regioni disciplinano i criteri secondo i quali i Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali ed ospedaliere determinano il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero diurno finalizzato ad accertamenti diagnostici e l'erogazione delle stesse; al successivo comma 12, pone a carico delle Regioni l'adozione di appositi programmi che, ispirandosi a principi e criteri stabiliti dalla medesima norma, consentano il rispetto della tempestività di erogazione delle prestazioni specialistiche;
- La citata legge n. 449/97 all'art.32, comma 2, prevede l'applicazione, in sede di ripartizione, di una riduzione della quota spettante del Fondo sanitario nazionale nel caso in cui non vengano forniti, da parte delle Regioni e delle relative Aziende sanitarie, i dati indispensabili alle attività di programmazione e di controllo;

PRESO ATTO che la fase di costituzione e riordino delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, di cui alla legge regionale 16.6.1994, n. 18 e sue successive modificazioni ed integrazioni, ha comportato un complesso lavoro di revisione e riorganizzazione di tutte le attività sanitarie anche in rapporto alle specificità della Regione Lazio, caratterizzata da un alto numero di erogatori, pubblici e privati, fase non ancora completata per le attività specialistiche;

RILEVATO che la Giunta regionale con i sotto elencati atti:

- deliberazione del 11.3.1997, n. 1165 - ha fissato disposizioni transitorie per l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica da parte di soggetti erogatori, pubblici e privati, in regime di accreditamento provvisorio con pagamento a prestazione e libera scelta. del cittadino, disposizioni che si intendono interamente richiamate;

- deliberazione del 6.5.1997, n. 2611 - ha predisposto la progettazione e sperimentazione del Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica (SIAS) e successive linee operative definite con la circolare 30 maggio 1997 e successive integrazioni.
- deliberazione del 30.12.1997, n. 9376 - ha approvato il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili nell'ambito del S.S.R. e relative tariffe, modificate con successivi provvedimenti per la parte riguardante le prestazioni di cui all'allegato 5/B, rispettivamente con la deliberazione n.291 del 11.2.1998 e n.1059 del 25.3.1998;
- deliberazione del 23.6.1998, n. 2825 - ha individuato soggetti, pubblici e privati, classificati ed abilitati ad erogare prestazioni di diagnostica per immagini - risonanza magnetica nucleare, in regime di accreditamento provvisorio;
- deliberazione del 4.8.1998, n. 4112 - ha definito la declaratoria delle prestazioni di Medicina fisica e riabilitazione - recupero e riabilitazione funzionale dei mutuolesi e neurolesi;

RILEVATO che vi è un costante incremento delle risorse finanziarie e che si rende necessario approfondire la conoscenza di elementi oggettivi per correlare l'entità delle risorse impiegate rispetto all'attività svolta, circostanza che rende altresì urgente l'assunzione di interventi organici nella materia;

CONSIDERATO che l'erogazione delle prestazioni, effettuata da una pluralità di soggetti pubblici e privati, presenta carenze informative che non consentono adeguate conoscenze per fissare criteri fornitura, a causa di criteri disomogenei nella gestione delle liste di attesa e per l'eterogeneità dei sistemi informativi di prenotazione, da cui la necessità di prevedere almeno un trimestre, quale periodo di riferimento per la definizione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ad alto valore diagnostico o terapeutico;

VALUTATA la necessità di perfezionare il sistema informativo in modo da consentire sia rilevazioni puntuali ed omogenee delle attività erogate al fine di attivare azioni programmatiche, di controllo e verifica sia la modulazione dell'offerta in rapporto alle esigenze emerse;

CONSIDERATO che le motivazioni espone rendono necessario introdurre elementi di razionalizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale dei presidi di ricovero e territoriali al fine di facilitare tanto i percorsi assistenziali che l'equità di accesso alle prestazioni da parte dell'utente;

RITENUTO necessario individuare strumenti idonei per attivare un processo di razionalizzazione del settore per poter assicurare da un lato l'effettiva accessibilità alle prestazioni dall'altro promuovendo interventi sul versante della domanda ed, infine, interventi tesi a controllare e potenziare i tempi di utilizzazione delle apparecchiature e delle strutture anche su più turni, utilizzando forme di corresponsabilizzazione sia dei sanitari dipendenti e/o convenzionati preposti all'erogazione che dei medici prescrittori;

RILEVATO, altresì, che il citato D.lgs. n. 124/98 rende indispensabile l'emanazione di una direttiva che affronti organicamente le seguenti tematiche:

- la riorganizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale resa presso le strutture dei presidi di assistenza ospedaliera e distrettuale;
- l'individuazione di criteri per la gestione delle liste di attesa e per la determinazione del tempo massimo delle prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale;

- l'adeguamento del sistema informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (SIAS) creando sistemi di rete per le prenotazioni e per i tempi di accesso alle prestazioni e omogeneizzando dati e linguaggio dei Cup, già istituiti;

VISTO che il presente atto non è soggetto al controllo ai sensi dell'art.17, comma 32 della legge 15.5.1997, n.127;

DELIBERA

1. di approvare la direttiva concernente le Linee guida per la rimodulazione delle attività specialistiche ambulatoriali in strutture ospedaliere e distrettuali, dei presidi pubblici e privati provvisoriamente accreditati, articolata al suo interno in:
 - riorganizzazione dell'attività specialistica, erogata in ambiente ospedaliero o ambulatoriale territoriale;
 - individuazione dei criteri per la gestione delle liste di attesa;
 - adeguamento del sistema informativo dell'assistenza specialistica (SIAS), come da allegati provvedimenti, parte integrante del presente atto;
2. di emanare in tale contesto indicazioni in ordine ai criteri per la determinazione dei tempi massimi di attesa di cui all'art. 3, comma 10, del Dlgs. 124/98 nonché agli interventi finalizzati a consentire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni come altresì definito dal comma 12 del medesimo art.3;
3. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il Presente atto non è soggetto a controllo ai sensi dell'art. 17, comma 32 della legge 15.5.1997, n. 127.

Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale e per l'istituzione del sistema informativo.

Criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e disciplina delle modalità per il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni ai sensi del X e XII comma dell'art. 3 del Divo n. 124 del 29 aprile 1998.

Motivazioni e Finalità

Considerato che, come già illustrato nel presente provvedimento, alla crescente domanda di prestazioni e di impegno di risorse finanziarie non è corrisposto un miglioramento dei rapporti con le persone fruitrici delle prestazioni e che, pertanto, si rende necessario non solo l'acquisizione degli elementi oggettivi tendenti a valutare le attività sanitarie erogate, la congruità tra le risorse impegnate e attività espletate ma che tali elementi vengano utilizzati per gli interventi di ridefinizione dei modelli organizzativi delle prestazioni ambulatoriali.

Elemento centrale per la rimodulazione dell'offerta è l'adeguamento del sistema informativo SIAS al fine di acquisire elementi puntuali ed omogenei, idonei che consentano di conoscere, a livello locale, l'effettiva esigenza dell'utenza, la tipologia e la quantità di prestazioni erogabili in un contesto di risorse finanziarie definite. I dati conoscitivi, conseguentemente, dovranno consentire di effettuare una stima del bisogno/domanda nel bacino di riferimento, tenere prioritariamente conto del criterio dell'appropriatezza della richiesta, con l'obiettivo di ridurre la quota di prestazioni inappropriate quand'anche inefficaci.

La finalità del provvedimento tende ad avviare il processo di riordino del SSR con particolare riguardo all'assistenza specialistica ambulatoriale erogata sia a livello dei presidi ospedalieri che territoriali per facilitare i percorsi assistenziali e razionalizzare le attività in un contesto idoneo e che consenta di rispettare il principio di equità dell'accesso e di uniformità dei tempi di attesa in ambito aziendale.

La direttiva è articolata in parte su tematiche di carattere organizzativo e in parte sull'individuazione di azioni tendenti a promuovere un'efficace adeguamento delle scelte di programmazione e controllo.

Al fine del proseguimento degli obiettivi sopra evidenziati risulta prioritaria la scelta e la necessità della presa in carico della persona che si rivolge alla struttura ambulatoriale, in analogia a quanto avviene nell'ambito della degenza e dell'assistenza domiciliare integrata. Tale principio deve essere assunto quale elemento di qualificazione dell'intera area, essere considerato strumento per curare il collegamento tra l'attività dello specialista dei presidi territoriali e di quelli ospedalieri con l'insieme delle attività dell'Azienda Usl, del relativo distretto e del medico, di medicina generale e/o del pediatra di libera scelta.

La riduzione dei tempi di attesa può attuarsi solo con il concorso di più fattori quali l'aumento dell'efficienza dell'uso delle risorse disponibili, il potenziamento dell'offerta, la verifica dell'appropriatezza clinica della domanda, la corretta gestione delle liste di attesa; tale obiettivo assume una importanza particolare tanto come indicatore delle capacità di soddisfare la domanda da parte delle strutture erogatrici che come percezione dell'efficienza del servizio da parte del cittadino.

Sarà necessario promuovere nei confronti di tutti gli operatori, personale medico ed amministrativo interessato, ivi compresi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, momenti di confronto e di formazione finalizzati a favorire l'integrazione e lo sviluppo dei collegamenti con le strutture erogatrici intra aziendali o extra aziendali.

Assistenza specialistica resa in ambiente ospedaliero e territoriale

1. Le aree di attività interessate

Le presenti linee guida riguardano:

- l'assistenza specialistica ambulatoriale, rivolta a utenti esterni, erogata presso strutture ospedaliere o territoriali, come consulenza specialistica al medico di medicina generale o come diagnosi e trattamento di problemi clinici anche complessi, per i quali comunque non è necessario il ricovero ospedaliero sia ordinario che di day hospital.
In questo ambito deve essere ricompresa anche la chirurgia ambulatoriale per interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche invasive e semi-invasive in ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesica per la cui definizione e requisiti strutturali si rimanda a successive specifiche indicazioni, anche in relazione a criteri di autorizzazione e accreditamento che saranno definiti con successivi atti.
- Le prestazioni di pronto soccorso che non danno luogo al ricovero, fatte salve le caratteristiche di urgenza con le quali vengono erogate possono in parte essere assimilate a quelle ambulatoriali.
- L'attività ambulatoriale pre e post-ricovero, anche se, in quanto funzionale alla degenza, va ricompensata del DRG del ricovero corrispondente ed è, pertanto, assimilata all'attività svolta a favore delle persone ricoverate, ai sensi dell'art.1, comma 18 della legge 23.12.1996, n.662. In particolare, ci si riferisce:
 - all'attività ambulatoriale di pre-ospedalizzazione, svolta di norma all'interno delle strutture ospedaliere, finalizzata alla predisposizione di un successivo ricovero ospedaliero programmato;
 - all'attività ambulatoriale di post-ricovero, attività diagnostica e terapeutica erogata dall'ospedale in forma ambulatoriale, finalizzata al completamento dell'iter diagnostico e

terapeutico iniziato in degenza, in conformità a quanto indicato nella lettera di dimissione, con riduzione della durata di degenza stessa.

2. Orientamenti generali

Criterio generale per orientare le scelte aziendali dovrà basarsi sull'individuazione, tanto in termini organizzativi che gestionali della funzione ambulatoriale, che ha connotazioni specifiche rispetto ad altre attività sanitarie quali, ad esempio: degenza ordinaria e day hospital in ambito ospedaliero, attività consultoriale, assistenza di base e assistenza domiciliare in ambito distrettuale.

Emerge, conseguentemente, la necessità di introdurre un nuovo modello organizzativo per l'attività specialistica nel suo insieme, che abbia come obiettivo la contrazione del tempo/persona, mutuando, ad esempio, elementi di valutazione per la qualificazione del servizio e la riduzione delle inefficienze dall'esperienza del day hospital, la cui logica organizzativa è, prevalentemente, basata sulla riduzione del numero di accessi e sulla concentrazione delle prestazioni da erogare in intervalli di tempo ristretti.

E' necessario ricondurre ad un momento unitario tutto il complesso sistema dell'attività ambulatoriale attualmente erogata in modo frammentario e, nelle strutture ospedaliere, spesso a supporto esclusivo della attività di degenza.

3. Modello organizzativo della funzione ambulatoriale

Necessità di ripensare ai bacini di utenza a livello distrettuale come sede di incontro tra domanda ed offerta di prestazioni comunque compatibili con le risorse disponibili ed idonee a garantire un congruo numero di tipologie di prestazioni anche erogate da più strutture, coordinate e funzionalmente collegate in un sistema a rete, ove necessario per motivi orografici, con unità operative di medie e piccole dimensioni.

Un riordino complessivo delle attività specialistiche, erogate da soggetti, pubblici e privati, accreditati può consentire all'azienda di razionalizzare la domanda, di incrementare la capacità di offerta, di elevare la qualità delle prestazioni erogabili, di operare scelte più idonee per l'accorpamento dell'offerta rendendo disponibili richieste plurispecialistiche o per smistare ad altre strutture più complesse domande di prestazioni diagnostiche o di trattamenti terapeutici non disponibili localmente ed, in fine, per favorire, in taluni casi, anche l'integrazione di tipo socio-assistenziale.

In particolare, tali interventi dovranno assicurare all'assistito l'effettiva possibilità di vedersi garantita la prestazione, non solo attraverso la razionalizzazione della domanda con un più ampio utilizzo delle strutture ma anche con l'incremento dell'offerta facendo eventualmente ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto già previsto dagli accordi nazionali di lavoro garantendo, altresì, la corresponsabilizzazione dei sanitari dipendenti e convenzionati.

Sarà necessario individuare la sede in cui collocare la struttura organizzativa di riferimento che potrà essere dislocata in un presidio ospedaliero o poliambulatoriale di grandi dimensioni o utilizzando diverse tipologie di aggregazione anche di tipo dipartimentale.

L'accorpamento dell'offerta in strutture ambulatoriali polispecialistiche che dispongano di:

- idonee attrezzature per la diagnostica e i trattamenti terapeutici e riabilitativi; adeguata dotazione di personale infermieristico e di altre figure professionali complementari;
- presenza contemporanea di più specialisti, su orari di apertura che debbono coprire sei giorni settimanali, per un congruo numero di ore settimanali, anche su due turni per un uso adeguato delle attrezzature e delle strutture stesse.

La scelta di una struttura di riferimento, che abbia dimensioni idonee, consente sul piano gestionale non solo l'utilizzo ottimale delle attrezzature, degli spazi e del personale che può rappresentare un elemento di per sé di qualificazione delle attività ed essere condizione per determinare l'efficienza oltre che strumento per migliorare l'accessibilità dell'utente ai servizi sanitari, ma anche di attivare nella stessa sede funzioni di raccordo per l'erogazione di prestazioni da parte altri presidi minori presenti sul territorio.

Nell'ambito di tale organizzazione sarà necessario individuare il referente-coordinatore, che in base ai criteri prestabiliti, favorisca la definizione dei percorsi assistenziali in tempi adeguati rispetto alle specifiche domande di prestazioni attraverso un coinvolgimento dei diversi specialisti, l'ottimizzazione delle risorse umane e delle attrezzature, la definizione delle fasce orarie, il progressivo superamento dell'uso di modulistica per le necessarie comunicazioni interne (accettazione della richiesta, identificazione del soggetto, registrazione della prenotazione in base ai criteri di priorità, determinazione del tempo di attesa entro, cui dovrà essere garantita l'erogazione della prestazione, registrazione dell'intervento effettuato) con il progressivo trasferimento su base informatica dei dati e delle informazioni dovute ai vari livelli.

A livello territoriale vanno garantiti percorsi assistenziali qualificati all'utente e, quando, è necessario l'accesso ad altre strutture, in particolare quelle ospedaliere o a prestazioni domiciliari.

4. Elemento qualificante dell'assistenza specialistica dovrà essere **la presa in carico organizzativa e clinico-assistenziale del paziente** attivando una prassi che concentri in unico accesso le prestazioni afferenti ad unico profilo diagnostico-terapeutico e in termini clinico-assistenziali.

Tale esigenza va riferita ai casi di persone affette da patologie croniche o acute di particolare gravità, ovvero che comportino accertamenti diagnostici complessi o ad alto costo mentre non riguarderà la consulenza episodica o i casi in cui il medico curante richiede la sola esecuzione di esami specialistici. E' necessario considerare tanto il ruolo del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta che deve essere considerato il punto di partenza e di arrivo del percorso ambulatoriale, a cui deve corrispondere, nei casi su rappresentati, la presa in carico e l'individuazione dei percorsi quanto quello dello specialista che avrà la responsabilità di seguire le fasi diagnostiche e/o terapeutiche, ovvero, fino al completamento dell'iter con il rinvio del paziente dal proprio medico curante.

Il coinvolgimento del medico di base dovrà ampliarsi sempre più nei rapporti con la struttura erogatrice creando occasioni di dialogo con lo specialista in rapporto al suo quesito diagnostico e alla individuazione della più appropriata prestazione e anche per contenere gli accertamenti successivi.

Sul piano organizzativo il sistema ambulatoriale dovrà necessariamente trovare dei punti di coordinamento, e raccordo, unitario tra le varie funzioni sanitarie per migliorare l'accessibilità del cittadino-utente e consentire un uso più razionale delle risorse.

5. Sarà necessario creare un sistema di interfaccia tra il sistema di prenotazioni e il sistema erogativo e definire un unico punto di accoglienza afferente o al distretto o alla direzione ospedaliera (quando tale presidio svolge il ruolo di struttura di riferimento), capace a sua volta di avvalersi in maniera coordinata, a rete, dei presidi ambulatoriali minori presenti nel territorio.

Considerato il volume delle prestazioni ambulatoriali, le dimensioni e il peso demografico distrettuale, l'azienda potrà prevedere l'istituzione di un struttura organizzativa. dei servizi ambulatoriali che abbia il compito di dare attuazione a quanto, è stato stabilito, nella programmazione e che è stato negoziato con i soggetti erogatori, pubblici e privati. In particolare tale struttura potrà:

- organizzare l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in coerenza con le priorità individuate nella programmazione aziendale e con quanto previsto nei piani preventivi annuali;
- raccordare le esigenze tecnico-amministrative proprie del sistema delle prenotazioni con quelle gestionali sanitarie della fase di erogazione;
- orientare l'attività degli ambulatori sulla base delle richieste emerse dal sistema delle prenotazioni con quelle gestionali e sanitarie proprie del momento della fase di erogazione e secondo i percorsi assistenziali individuati;
- coordinare le iniziative necessarie per contenere il numero di accessi, tra attività ambulatoriali della stessa struttura.

6. L'espletamento ' delle funzioni sopra indicate comporta lo svolgimento delle attività di:

- coordinamento organizzativo delle attività dei diversi ambulatori e del personale nonché della tenuta della documentazione e dei dati riguardanti l'attività ambulatoriale,
- programmazione degli accessi sulla base:
 - a) degli elementi forniti dal sistema di prenotazione,
 - b) dei criteri considerati per la formulazione delle liste di attesa,
 - c) dei percorsi assistenziali individuati ed elaborati dai professionisti secondo i criteri indicati a livello dipartimentale e distrettuale,
- comunicazione al sistema delle prenotazioni della disponibilità di erogazione degli ambulatori, sia per le richieste urgenti che per l'attività programmata;
- coordinamento dell'attività di rilevazione e di codifica dei dati anagrafico-amministrativi e sanitari che costituiscono il debito informativo dell'area nei confronti del livello aziendale, regionale e nazionale;

Il collegamento dei vari livelli organizzativi delle attività ambulatoriali, intra ed extra aziendali, dovrà semplificare i rapporti tra il cittadino e il Servizio sanitario, superando gli attuali passaggi burocratico-formali che spesso costringono la persona interessata a risolvere problemi di comunicazione, informazioni interne e/o ricerca spasmodica di un presidio in grado di fornire le prestazioni in tempi accettabili.

E' necessario armonizzare e rendere omogenei i comportamenti delle Aziende Usl e dei diversi erogatori non solo dotandosi di un modello organizzativo delle attività specialistiche ambulatoriali ma anche definendo criteri uniformi per la gestione delle liste di attesa.

In attuazione di quanto disposto dal comma 10 dell'art.3 del D.lgs. 29 aprile 1998,n. 124, vengono stabiliti criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende Usl ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, **il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e per le altre prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale e per i ricoveri diurni finalizzati ad accertamenti diagnostici**; restano esclusi episodi di ricovero diurno:

- 1) attribuiti a DRG chirurgici;
- 2) comportanti l'esclusione di procedure diagnostiche o terapeutiche invasive, che non siano erogabili anche ambulatorialmente;
- 3) finalizzati all'esecuzione di radioterapia e chemioterapia o quelli programmati per la terapia e il monitoraggio dei pazienti oncologici, nonché dei pazienti affetti da altre condizioni di malattia croniche e/o invalidanti e da malattie rare previste ai sensi dell'art. 5 del D.lgs. n. 124/98;
- 4) effettuati in ospedali di riabilitazione e in reparti di riabilitazione, identificati dai codici di disciplina <56> e <28> (di cui al decreto del ministro della sanità del 19.3.1988, pubblicato nella G.U. n.81 del 7.4.1988);
- 5) attribuiti al DRG 462 (riabilitazione).

Al paziente è data comunicazione del termine massimo di attesa al momento della presentazione della domanda della prestazione e deve essere, inoltre, predisposta idonea pubblicità a cura delle aziende Usl ed ospedaliere.

In caso di mancata definizione da parte della Regione dei criteri e delle modalità, il Ministero può provvedervi, previa diffida, tenendo conto dell'interesse degli utenti, della realtà organizzativa delle aziende Usl del Lazio, della media dei tempi fissati dalle regioni adempienti.

I direttori generali provvedono a determinare il tempo massimo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali entro trenta giorni dall'efficacia del provvedimento ministeriale e/o dall'efficacia dell'esercizio dei poteri regionali.

La regione disciplina, mediante appositi programmi, il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sopra richiamate, con l'osservanza dei seguenti principi direttivi:

- a) assicurare all'assistito l'effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione della prestazione nell'ambito delle strutture pubbliche attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, nonché interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, ad incrementare la capacità di offerta delle aziende, eventualmente attraverso il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto già previsto dai vigenti accordi nazionali di lavoro, nonché a garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati;
- b) prevedere anche sulla scorta dei risultati dell'attività di vigilanza e di controllo di cui all'art.32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n.449, idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda Usl in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni ai sensi del comma 10 del citato D.lgs 124/98;
- c) imputare gli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria alle risorse di cui all'art.13 del D.lgs 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato;
- d) prevedere correzioni al regime di partecipazione al costo, come definito nei commi 4, secondo i criteri desumibili dal comma 13 del medesimo D.lgs. 124/98.

Il legislatore ha anche inteso stabilire che fino all'entrata in vigore delle discipline regionali, di cui al comma 12, sopra richiamate, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale, ai sensi dei commi 10 e 11, l'assistito potrà chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero professionale, ponendo a carico dell'azienda Usl di appartenenza e dell'azienda Usl nel cui ambito viene richiesta la prestazione, in misura uguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione della partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso in cui l'assistito è esente dalla predetta partecipazione, l'azienda Usl di appartenenza e l'azienda Usl nel cui ambito è richiesta la partecipazione corrispondono, in misura uguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione di prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'art.13 del D.lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e, quindi, con onere a carico dei fondi ordinari della regione con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato.

La norma prevede, altresì, al comma 14, che il direttore generale vigili sul rispetto delle disposizioni adottate in attuazione del comma 12 e di quelle al comma 13, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare nei confronti dei soggetti ai quali sia imputata la mancata erogazione delle prestazioni nei confronti dell'assistito.

La disposizione richiama gli obblighi dell'art.3, comma 8, che prevedono, che i presidi sanitari, sotto la responsabilità del Direttore sanitario, adottino un registro delle prenotazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari che, con la salvaguardia della riservatezza delle persone, deve essere fonte di informazione per tutti i cittadini dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni medesime.

Il D.P.C..M. 19 maggio 1995 concernente la "Carta dei servizi pubblici sanitari" indica altresì i criteri per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche (strumentali e di laboratorio) specificando:

- a) **come** chiedere la visita specialistica o la prestazione diagnostica;
- b) **dove** richiedere la prestazione;
- c) **come** prenotare la prestazione;
- d) **come** individuare i tempi di attesa;
- e) **come** effettuare il pagamento delle prestazioni o dei relativi tickets;
- f) **quali** siano i diritti e i doveri delle parti interessate e quindi le misure dei risarcimenti e delle sanzioni.

Modalità di prenotazione

Ogni Azienda Usl deve realizzare un sistema di prenotazione, in grado di gestire l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate da tutti i suoi servizi.

Il sistema deve essere di facile accesso sotto il profilo logistico e procedurale basato, su regole uguali in ogni punto di prenotazione (posto di accoglienza della domanda di prestazione del cittadino). L'Azienda deve dare ampia informazione e pubblicità circa le sedi di prenotazione e le regole stabilite anche al fine di consentire il controllo da parte dell'utenza.

Le prenotazioni vanno registrate su apposite agende secondo, i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche.

Gli appuntamenti devono essere personalizzati, indicare l'orario e la struttura che erogherà la prestazione, prevedendo i necessari scaglionamenti per evitare disagi e sovraffollamenti nelle sale di attesa.

Qualora la domanda contenga prestazioni multiple si dovrà programmare l'accesso in unica soluzione ove la tipologia degli interventi lo renda compatibile.

La gestione efficiente delle liste di attesa richiede, pertanto, in via preliminare l'individuazione delle prestazioni che non vanno incluse nella lista in quante, previste all'interno, della continuità diagnostico-terapeutica (ad esempio controlli specialistici, prestazioni e/o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita e necessari per la conclusione diagnostica o terapeutica).

Analogamente non vanno inserite nelle liste di attesa le prestazioni previste dai programmi regionali di screening per la prevenzione dei tumori (ad esempio i programmi previsti dalla deliberazione n. 4236 del 8.7.1997 concernente "Linee guida per i programmi di screening del carcinoma della mammella e della cervice uterina"), in quanto effettuate su chiamata diretta da parte delle aziende sanitarie. Per queste prestazioni è in ogni caso attivo un sistema di sorveglianza/monitoraggio regionale.

Per le prestazioni comprese all'interno della continuità diagnostico-terapeutica è necessario prevedere, da parte delle strutture eroganti, un'apposita programmazione basata sui dati epidemiologici, sui protocolli assistenziali previsti e sulle linee guida definite dai centri di riferimento, dei servizi ambulatoriali e dai punti di accoglienza, che provvederanno ad inserire i relativi dati, con specifiche modalità, all'interno del sistema delle prenotazioni. Sarà necessario rilevare, comunque, tali prestazioni per conoscere, l'attività svolta dalle strutture eroganti e per valutare la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee guida.

La gestione efficiente delle liste di attesa con tempi medio lunghi (superiori a due mesi) richiede una revisione periodica. Come è noto, si verifica con una certa frequenza la rinuncia alla prestazione, vuoi motivata dal fatto che gli stessi cittadini hanno ottenuto la prestazione richiesta presso altri presidi, vuoi per una modificazione delle condizioni cliniche, ecc. Sulla base dell'esperienza locali e delle specifiche tipologie in cui si verifica il non rispetto della prenotazione, si potrà procedere ad inserire un numero di richieste superiori alla capacità effettiva della struttura erogante. In tal caso sarà opportuno informare il paziente che fa parte della lista fuori quota del giorno previsto.

La corretta applicazione dei criteri su menzionati comporta il contestuale abbandono e il superamento di metodi di chiusura periodica delle prenotazioni che risulta essere prassi per alcune tipologie di prestazioni.

Per monitorare e rendere confrontabili i dati a livello regionale e aziendale è necessario misurare la consistenza delle liste di attesa sul numero dei pazienti (quantità) e la durata per ottenere la prestazione (tempo medio).

La quantità è costituita dal numero dei pazienti presenti nella lista delle prenotazioni in un determinato momento.

Il tempo di attesa può essere determinato come:

- tempo di attesa prospettato - attesa media del tempo intercorso fra la data del primo contatto, quindi della richiesta, e la data di prenotazione comunicata al cittadino;
- tempo di atteso effettivo - attesa media del tempo intercorso fra la data del primo contatto e la data della effettiva erogazione della prestazione.

Sulla base dei criteri sopra citati a livello aziendale ogni struttura dovrà fare le verifiche trimestrali sull'andamento dei tempi di attesa, anche al fine di orientare l'offerta.

I dati di sintesi saranno oggetto di apposito flusso informativo regionale. Ogni azienda dovrà adottare un regolamento che stabilisca i criteri per la gestione in sede locale delle liste di attesa e dovranno predisporre idonea pubblicità sui tempi di attesa, salvaguardando il rispetto della privacy del singolo cittadino.

Criteria di priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte del cittadino si realizza con l'ammissibilità alla lista di attesa., che viene definita sulla base di criteri di gravità clinica e sull'appropriatezza delle indicazioni alla prestazione.

Il criterio di priorità utile, ai fini della creazione delle liste di attesa, è basato sulla gravità delle condizioni cliniche del paziente ed è articolata su tre livelli:

- 1° livello - **prestazioni urgenti.**
Trattasi di prestazioni ambulatoriali specialistiche urgenti, per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere di urgenza nell'arco della giornata di presentazione del paziente o di un periodo immediatamente successivo.
- 2° livello - **prestazioni urgenti differibili.**
Trattasi di prestazioni ambulatoriali specialistiche urgenti la cui effettuazione può essere differibile di qualche giorno, ma che necessitano comunque di una effettuazione in tempi brevi (entro i 7 giorni).
- 3° livello - **prestazioni programmabili.**
Trattasi di prestazioni che non rivestono carattere di urgenza per le quali l'effettuazione tempestiva è requisito importante per assicurare la qualità e l'efficacia del processo assistenziale in atto.

All'interno dei tre livelli il criterio di ordine cronologico regola successivamente l'accesso.

Determinazione del tempo massimo intercorso fra la data della richiesta e la erogazione della prestazioni

Gli elementi sopra illustrati diventano, la base di riferimento per la determinazione del tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di prestazione da parte del cittadino e erogazione della prestazione della stessa, ai sensi del comma 10, dell'art.3, del D.lgs. 124/98.

Fermo restando quanto indicato per i primi due livelli di priorità, per le prestazioni programmabili i direttori generali delle aziende, sulla base delle potenzialità delle proprie strutture e dei piani preventivi annuali, stabiliscono i tempi massimi di attesa raggruppando le prestazioni specialistiche in quattro principali tipologie:

- visite specialistiche;
- prestazioni di laboratorio;
- prestazioni di diagnostica strumentale;
- prestazioni terapeutiche.

Attenzione particolare dovrà essere posta per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di alta efficacia diagnostica e ad elevato contenuto terapeutico.

Ai sensi delle norme richiamate è necessario dare formale comunicazione al cittadino, al momento in cui effettua la richiesta di prenotazione, del tempo massimo definito dall'azienda per l'erogazione della prestazione stessa.

In caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa occorre rendere esplicito le motivazioni. Una volta andata a regime la nuova regolamentazione, lo stesso cittadino deve essere informato sui doveri che egli stesso è tenuto a rispettare. In particolare, il cittadino è tenuto al pagamento della quota di partecipazione della prestazione prenotata, quando non **si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione**, ai sensi del 15° comma dell'art. del D.lgs. 124/98.

Si ritiene che l'applicazione del complesso delle procedure richieste dal citato D.lgs. debba considerarsi a regime entro il 1° semestre 1999.

Dal 1° luglio 1999 le aziende provvederanno a recuperare, ai sensi del sopra citato comma 15, le quote di partecipazione del cittadino, ove non esente.

Registro delle prenotazioni

Il registro delle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali, previsto, dall'art.3, della legge n.724/94, costituisce per i direttori generali lo strumento, di vigilanza e controllo più efficace per la corretta applicazione delle norme di cui al D.lgs. n. 124/98.

Si coglie l'occasione per precisare le caratteristiche principali che deve possedere tale registro di prenotazioni sia per le prestazioni ambulatoriali che di ricovero ospedaliero, al fine di rendere omogenea tale applicazione sul territorio regionale.

Il registro, è un documento, ufficiale (formale) di tipo cartaceo o informatizzato che contiene:

- la data di richiesta della prenotazione da parte del cittadino,
- il cognome e nome;
- l'indirizzo e recapito telefonico (se ritenuto necessario ai fini gestionali);
- il tipo di prestazione richiesta classificata secondo il nomenclatore tariffario regionale (codice);
- il medico proponente;
- la data prevista per l'effettuazione della prestazione;
- la classificazione delle prestazioni in base ai criteri di priorità espressi in precedenza.

Il direttore sanitario dell'azienda è responsabile della definizione delle procedure relative alla registrazione delle prenotazioni, dell'esplicitazione dei criteri clinici che identificano le priorità per l'accesso alle prestazioni vigila sulla corretta tenuta del registro, stesso.

Indicazioni in ordine all'applicazione del 12° comma dell'art.3 del d.lgs.n.124/98

La presente direttiva, pur avendo lo scopo prioritario, nell'insieme dell'indicazioni proposte, di riorganizzare la funzione dell'assistenza specialistica ambulatoriale per ottemperare agli adempimenti del citato comma 12°, richiama, altresì, la necessità di attivare interventi tesi a razionalizzare la domanda e l'offerta.

Razionalizzazione della domanda

Trattasi dell'insieme delle iniziative tendenti ad agire sull'appropriatezza della richiesta di prestazione e, conseguentemente, l'adesione a criteri di efficacia clinica da parte di tutti i medici interessati e il ricorso a percorsi assistenziali condivisi.

La Giunta regionali, in data 4 agosto 1998, ha approvato la deliberazione n. 4112 con la quale ha inteso esprimere indicazioni in merito alla branca di Medicina fisica e riabilitazione, fornendo criteri di erogabilità e di appropriatezza della domanda.

In attesa degli adempimenti nazionali previsti sia dalla legge n.662/97 che dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 in tema di linee guida, si sottolinea l'opportunità di:

- uniformare e semplificare i percorsi diagnostici per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche che comporta la necessità di definire protocolli (diagnostico-terapeutici) con la partecipazione degli specialisti ambulatoriali, ospedalieri e i medici di medicina generale, che di per se deve portare a correggere ed eliminare percorsi irrazionali eventualmente esistenti nell'erogazione delle prestazioni. A tal fine possono essere applicati gli istituti contrattuali dell'accordo nazionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta a partire da quello già siglato a livello regionale in data 21.4.1998 e adottato con deliberazione del 2.6.1998 n. 2072.

Razionalizzazione dell'offerta

I direttori generali, nell'ambito delle finalità tese alla riorganizzazione delle attività ospedaliere, all'utilizzazione ottimale delle tecnologie e alla riduzione delle liste di attesa promuovono azioni finalizzate all'ottimizzazione delle dotazioni strumentali disponibili tra esigenze di degenza ambulatoriali, secondo, uno standard non inferiore a 36 ore settimanali per le attività specialistiche interne individuando una ulteriore quota per quelle esterne tale criterio dovrà essere progressivamente attuato nel complesso delle strutture aziendali.

A tale fine i direttori generali promuoveranno, una puntuale ricognizione delle attrezzature presenti e del loro livello di utilizzazione effettiva procedendo successivamente all'individuazione delle potenzialità aziendali per le diverse tipologie di prestazioni, da valutare in relazione ai tempi di attesa massimi determinati ai sensi del comma 10 dell'art.3 del citato D.lgs.

Sulla base delle informazioni acquisite procederanno a formulare un programma che tenga conto delle prestazioni acquisibili da altri soggetti, pubblici e privati, evidenzi le iniziative da assumere per poter garantire la possibilità di erogare prestazioni nei tempi stabiliti.

Nel caso in cui a seguito degli interventi di cui sopra non si possa assicurare il rispetto dei tempi massimi di attesa determinati, le aziende Usl possono far ricorso agli istituti di cui alla lettera a) del citato comma 12:

- 1) attività libero professionale intra moenia;
- 2) forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto, previsto dai vigenti accordi nazionali di lavoro, di tutto il personale coinvolto.

Considerato che le aziende sono tenute a garantire la piena funzionalità dell'attività istituzionale sarà opportuno promuovere azioni di verifica circa l'adeguatezza dell'organizzazione del lavoro in rapporto all'entità della domanda istituzionale, all'ottimizzazione del patrimonio tecnologico e la regolamentazione aziendale dell'esercizio libero professionale.

I regolamenti aziendali relativi alla libera professione intra moenia, qualora non rispondenti ai criteri della presente direttiva, dovranno essere integrati.

La riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale deve considerarsi strumento per il superamento, di diseconomie nel cui contesto vanno ricondotte le riconversioni di attività e l'utilizzazione di risorse umane anche in mobilità, nel rispetto ovviamente degli accordi e, più in generale, della normativa vigente.

Il 14° comma dell'art.3 pone a carico del direttore generale dell'azienda il compito di vigilare sull'attuazione delle disposizioni relative ai commi 12° e 13°: Si tratta di norma particolarmente rilevante perché dalla stessa scaturisce l'invito a dare corso ad iniziative di carattere disciplinare o a carattere contabile, qualora si accerti che la mancata erogazione di prestazioni sia imputabile a comportamenti di singoli operatori.

Tale previsione normativa, pertanto, non può che basarsi su l'emanazione di una regolamentazione attuativa, basata sull'esatta conoscenza della situazione aziendale in materia di organizzazione e di erogazione dell'assistenza specialistica.

Appare opportuno richiamare i limiti temporali stabiliti dalla legge per l'attuazione delle disposizioni richiamate:

- 1 maggio 1998 - entra in vigore il D.lgs. 29 aprile 1998, n. 124;
- 3 novembre 1998 - vengono approvati i criteri per i tempi massimi di attesa da parte della Regione;
- determinazione dei tempi massimi di attesa da parte dei direttori generali delle Aziende:
 - 30 giorni dall'entrata in vigore della direttiva;
 - 30 giorni decorrono dalla data di pubblicazione della stessa sul Bollettino Ufficiale regionale