



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 244 LEGISLATURA N. X

DE/PR/ARS 0 NC
 Oggetto: Recepimento Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA) 2019-2021 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019). Nuovo Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2019-2021. DGR 380/2019 Modifica e integrazione

Prot. Segr. 490

Martedì 16 aprile 2019, presso la sala adiacente l'aula consiliare, ad Ancona, in via Tiziano n. 44, si è riunita la Giunta regionale, convocata d'urgenza.

Sono presenti:

- | | |
|--------------------|----------------|
| - LUCA CERISCIOLI | Presidente |
| - ANNA CASINI | Vicepresidente |
| - LORETTA BRAVI | Assessore |
| - FABRIZIO CESETTI | Assessore |
| - MORENO PIERONI | Assessore |

Sono assenti:

- | | |
|-----------------------|-----------|
| - MANUELA BORA | Assessore |
| - ANGELO SCIAPICHETTI | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste alla seduta, in assenza del Segretario della Giunta regionale, la sostituta Nadia Giuliani.

Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____
 prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Recepimento Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA) 2019-2021 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019). Nuovo Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2019-2021. DGR 380/2019 Modifica e integrazione.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Dirigente PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTI il parere favorevole di cui all'articolo 16bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può comunque derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Dirigente dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28, comma 1, dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

1. di recepire l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il Triennio 2019-2021 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019);
2. di adottare il nuovo Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2019-2021, di cui all'allegato A che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di modificare ed integrare la DGR 380/2019, così come specificato nelle pagine 14 e 15 dell'allegato A;
4. di dare mandato alle Direzioni Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale di adottare i nuovi Piani attuativi aziendali per il governo delle Liste di Attesa entro 60 giorni dalla pubblicazione della presente deliberazione, in conformità a quanto previsto al punto 1 e 2, che dovranno essere trasmessi all'ARS;
5. di stabilire che il presente atto costituisce direttiva vincolante, ai sensi dell'art. 3 comma 2 della L.R. 13/2013, per i Direttori degli Enti del SSR;
6. di stabilire che eventuali costi aggiuntivi siano ricompresi nel budget assegnato agli Enti del SSR.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Deborah Gualdi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Luca Ceriscioli)

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Documento istruttorio

Normativa di riferimento

- Decreto del Dirigente del Servizio Salute n.80/S04 del 20/12/2006: Linee guida per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili;
- Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008 del 28/03/2006;
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- DGR n.1635 del 15/11/2010: Direttiva per la definitiva realizzazione del Centro Regionale Unico di Prenotazione-CUP- e per il completamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale –SIA;
- DGR n.1040 del 18/07/2011 “Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. n. 266/2005 ed approvazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa”;
- DM 02.11.2011: Dematerializzazione della ricetta medica cartacea di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n.78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria);
- DGR n. 1 del 7/01/2014 “Linee di indirizzo per il Governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa;
- DGR n. 986 del 7/8/2014 “DGR 1750 del 27/12/2013–L.R. n.13 del 20/6/2003–Autorizzazione agli Enti del SSR e al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2014-modificazioni ed integrazioni”;
- DGR n. 1012 del 8/09/2014 “Definizione dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale”;
- DGR n. 206 del 20/03/2015 “Art. 50 Legge n. 326 del 24/11/2003 - DPCM 26/03/2008 e DM 02/11/2011 - Approvazione schema di protocollo di intesa con i Medici Pediatri di Libera scelta per la riqualificazione della medicina del territorio e la messa a regime della rete regionale per la ricetta dematerializzata e per l'implementazione dei flussi di dati”
- DGR n. 808 del 29/09/2015 “Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa”
- DGR 640 del 14/05/2018 “Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2018-2020”
- Decreto del Dirigente del S. S. n.7 del 30/03/2018
- Decreto n. 20/AST del 20/12/2018: “Aggiornamento Gruppo Operativo Regionale per i Tempi di Attesa (GOR-TdA) per le prestazioni sanitarie di cui al Decreto S.S. n.383/ACR/2015 ai sensi della DGR n.640/2018”
- Decreto del DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA' del 6/02/2019: “Dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale. Organizzazione per la messa a regime dei processi e nomina dei gruppi di lavoro”.
- DGR n. 470 del 16/04/2018 “Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2018”
- DGR n. 471 del 16/04/2018 “D.Lgs 171/2016 – Artt. 2, 6, 9 Procedura di Valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali dell'ASUR, dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, dell'AO Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale – Approvazione criteri anno 2018”;
- DGR n.380 del 01/04/2019 “Governo dei tempi d'attesa. Percorsi di tutela finalizzati a garantire l'effettuazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi previsti e gestione della mancata disdetta dell'appuntamento per gli assistiti residenti nella Regione Marche”.
- l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Prov Aut di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Motivazione ed esito

Le liste d'attesa rappresentano un fenomeno che limita l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni specialistiche da parte dei cittadini, costituendo un elemento di forte criticità di tutti i moderni sistemi sanitari di tipo universalistico con livello assistenziale avanzato.

Il governo di tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero è diventato, pertanto, uno degli obiettivi prioritari del SSN e del SSR e l'erogazione dei servizi assegnati entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Da tempo la Regione Marche è impegnata in politiche di governo dei tempi d'attesa, come testimoniato dagli atti che si sono susseguiti negli anni (DGR 1040/2011; DGR 1/2014; DGR 1012/2014, DGR 808/2015, DGR 640/2018) e per questo ha definito le principali linee di intervento in materia ed è stato, pertanto, consolidato il percorso per la definizione di regole e strumenti per consentire il miglioramento del governo delle liste di attesa e l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. L'attenzione è stata rivolta principalmente alle prestazioni ambulatoriali, visite ed esami diagnostici, ma le regole per le prestazioni in regime di ricovero erano state ugualmente definite in coerenza con gli atti nazionali di settore già con DGR 1040/2011.

Va reso atto altresì che gli atti emanati negli ultimi anni hanno determinato un significativo miglioramento dell'accessibilità dei cittadini alle prestazioni dando risposte non solo alle richieste di primo accesso per le 43 prestazioni oggetto di monitoraggio, ma anche un progresso nell'accessibilità alle visite di controllo/follow-up e agli esami diagnostici di approfondimento attraverso la presa in carico per tutte le discipline, modalità operativa alla quale dà molto rilievo anche il nuovo Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA).

La regione ha previsto da anni (DGR 1635/2010) la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, adottando il CUP unico regionale e da mesi sta lavorando assiduamente con i medici (MMG, PLS, Specialisti - Convenzionati e dipendenti) per lo sviluppo della Dematerializzazione della ricetta anche allo scopo di consentire una miglior completezza delle prescrizioni e rendere possibile una miglior valutazione della loro appropriatezza.

Nell'ultimo triennio si è evidenziata una situazione in cui la % delle prestazioni con classe di priorità B e D, erogate nei tempi previsti dalla norma, si è stabilizzata tra l'85% e il 90%; relativamente ai tempi di attesa permangono tuttavia le criticità in merito al rispetto delle soglie massime stabilite dalla normativa regionale e nazionale. Contestualmente la produzione delle 43 prestazioni specialistiche sottoposte a monitoraggio è sensibilmente aumentata, soprattutto per quanto riguarda le visite specialistiche e, tuttavia, permangono ancora forti criticità.

Risulta pertanto necessario rafforzare le linee di azione già previste nel precedente PRGLA ed avviare ulteriori interventi mirati a ricondurre i tempi di attesa entro i limiti posti dal PNGLA 2019-2021, recependo nel dettaglio tutte le istanze di quest'ultimo per quanto riguarda la gestione delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, peraltro nella gran parte già messe in atto in applicazione delle deliberazioni regionali degli ultimi anni, dalla 1040/2011 alla 808/2015 fino alla 640/2018 e alla 380/2019.

Le azioni che si intendono mettere in atto, alcune delle quali rappresentano un upgrade di quelle già implementate con le precedenti deliberazioni, si articolano per quanto attiene le **prestazioni ambulatoriali** in quattro categorie: 1) miglioramento dell'appropriatezza della domanda di prestazioni; 2) governo dell'offerta di prestazioni; 3) facilitazione dell'accesso dei cittadini e miglioramento della gestione delle agende di prenotazione; 4) strategie informative per la popolazione. Inoltre, sempre nell'ambito di ciò che riguarda le prestazioni ambulatoriali, si ritiene di dover modificare parzialmente quanto contenuto nella DGR 380/2019 secondo quanto specificato nelle pagine 14 e 15 dell'allegato A.

Per quanto attiene il rispetto dei tempi di attesa delle **prestazioni di ricovero** le azioni che si intendono mettere in atto si articolano in quattro categorie: 1) uso sistematico delle classi di priorità; 2) aggiornamento dell'elenco delle prestazioni monitorate; 3) gestione trasparente delle liste d'attesa; 4) Programmazione attività di ricovero e sviluppo di Pdta. Le suddette azioni vengono dettagliate nell'allegato A, che costituisce parte integrante della presente delibera.

Il sottoscritto dichiara ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L 241/1990 e degli artt 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Responsabile del procedimento
Claudio Martini



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F. TERRITORIO E INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L 241/1990 e degli artt 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

Il Dirigente
Claudio Martini

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DELL'AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento dichiara, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L 241/1990 e degli artt 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014 e propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione

Il Dirigente dell'Agenzia Sanitaria Regionale
Rodolfo Pasquini

La presente deliberazione si compone di n° 22 pagine, di cui n° 17 pagine di allegati

Il Segretario della Giunta
(Deborah Giraldo)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A

**Piano Regionale Governo Liste di Attesa in attuazione PNGLA Nazionale 2019-2021
(Intesa Stato-regioni rep.28/CSR del 21 febbraio 2019)**

Gli Enti Del SSR sono tenuti nella definizione dei propri piani attuativi aziendali ad attenersi a quanto di seguito stabilito.

A) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1) MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI

➤ ***Consolidamento dei sistemi di prioritizzazione e aggiornamento delle prestazioni sottoposte a monitoraggio***

Si conferma l'adozione dei sistemi di prioritizzazione già previsti dalle precedenti DGR, in particolare la 640/2018, intesi come:

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

Di seguito le **AZIONI** per raggiungere l'obiettivo, già individuate nel precedente Piano Regionale:

a) ***Prescrizione corretta con specifica indicazione della tipologia di accesso "prima visita/esame/accesso" e "accesso successivo"***, secondo le specifiche tecniche già definite nella DGR 640/2018 e ribadite nel nuovo PNGLA.

La prima azione da garantire, per un efficace governo delle liste di attesa, è la corretta compilazione della ricetta, necessaria ad identificare ed intercettare le richieste di prestazioni sanitarie di primo accesso/visita/esame e distinguerle dalle richieste per accessi successivi. A tale riguardo si conferma che:

- **le prestazioni di "Primo Accesso"** sono le prestazioni che rappresentano il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale, la visita o la prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e, nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico". Le prestazioni di primo accesso sono quelle in cui è prioritario rispettare il TdA e che sono sottoposte a monitoraggio da parte del PNGLA/PRGLA.
- **le prestazioni per "Accesso Successivo"** sono le visite e le prestazioni di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, le visite e le prestazioni di controllo, le visite e le prestazioni di *follow up* e riguardano pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale e che vengono erogate nell'ambito di percorsi di cura e di presa in carico. La regione ha già definito la presa in carico che viene eseguita da tutti gli specialisti delle discipline oggetto del presente piano e che sono identificate come PIC.
Con il recepimento a livello regionale del nuovo nomenclatore tariffario, introdotto con il DPCM LEA, viene agevolata questa attività in quanto lo stesso rende disponibili codici per prime visite e per accessi successivi suddivisi per specialità.
Per le prestazioni strumentali, non essendo disponibili codici del nomenclatore tariffario che consentano di individuare se trattasi di primo esame o esame successivo, va indicato se trattasi di primo accesso o accesso successivo.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

b) *Prescrizione corretta con specifica indicazione del codice di priorità (U,B,D,P) SOLO per la prima visita/esame/accesso*

Per le prestazioni individuate come prima visita/esame/accesso è necessario continuare ad indicare, spuntando l'apposita casella sulla ricetta, la classe di priorità a cui appartiene la richiesta (U, B, D, P), per poterla collegare ad uno specifico "tempo massimo di attesa" entro cui è assolutamente appropriato e raccomandabile erogare la prestazione, in base a quanto indicato nel PRGLA. Il Piano Regionale recepisce i tempi massimi di attesa indicati nel PNGLA per le classi di priorità U,B,D. Per la classe P, dove rientrano le prestazioni per le quali il tempo d'attesa non influenza lo stato clinico e la prognosi del cittadino, si adegua il tempo massimo di erogazione a 120 giorni a partire dal 1 gennaio 2020. Di seguito le specifiche inerenti il significato delle classi di priorità:

- U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
P (Programmata) da eseguire entro 180 giorni (120 giorni a partire dal 1 gennaio 2020)

Il nuovo PNGLA **aggiorna l'elenco delle prestazioni** di assistenza specialistica ambulatoriale monitorate per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa e ribadisce che, ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite, quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono pertanto escluse dai monitoraggi tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e le prestazioni con classe U (Urgente) che sono comunque da garantire su tutto il territorio regionale nei tempi previsti. Le prestazioni sottoposte a monitoraggio sono elencate nella tabella sottostante ed ammontano a 69, distinte in: 14 visite specialistiche, 36 prestazioni di diagnostica per immagini e 19 altre prestazioni di diagnostica strumentale.

VISITE SPECIALISTICHE

N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologia	89.7	02	87.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRESTAZIONI STRUMENTALI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
15	Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca		88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24

Ce



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE . Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

➤ **Consolidamento della presa in carico dei pazienti**

È stato già sottolineato come la domanda di prestazioni di primo accesso debba essere completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, dalla domanda di prestazioni di controllo, che rientrano in percorsi di cura più o meno standardizzati riferiti a problemi clinici già definiti, connotando la "presa in carico" dell'assistito. Questa distinzione con l'indicazione della "Tipologia di Accesso", a carico del medico prescrittore in qualsiasi struttura



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

operante, consente la separazione dei percorsi assistenziali e impone una diversa organizzazione dei servizi aziendali di prenotazione, assistenza e successivo trattamento delle informazioni.

La Regione Marche, a tale proposito, ha anticipato il nuovo PNGLA **rendendo obbligatoria, già con la DGR 640/2018 prevista anche dal nuovo PNGLA, l'attivazione di agende di presa in carico per prestazioni successive a tutte le visite specialistiche ricomprese tra quelle sottoposte a monitoraggio, sulla base della specifica patologia.** Con gli specialisti afferenti ai vari ambiti di patologia sono state identificate le principali prestazioni di controllo e di approfondimento diagnostico correlate alle prime visite specialistiche.

Questo tipo di richieste deve essere gestito dal Medico Specialista della struttura, senza rinviare al MMG/PLS il paziente per la prescrizione della prestazione su ricetta SSN, realizzando la "presa in carico" dell'assistito. L'organizzazione aziendale deve prevedere la prenotazione dell'appuntamento direttamente mediante l'accesso al sistema CUP regionale da parte del prescrittore.

Alle "prese in carico" sopra riportate, relative a prestazioni successive alle prime visite specialistiche, sono state attivate, sempre in base a quanto previsto nella DGR 640/2018, anche le prese in carico senologiche per controlli strumentali e visite successive per le pazienti che effettuano eco-mammografie, di cui alla DGR n. 459/2016 "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia", qualora a carico della donna si manifestassero sospetti clinici o strumentali, che rendano necessaria l'effettuazione di controlli.

È stata data disposizione, a tale riguardo, che le donne che, non essendo in situazioni cliniche di necessità di esami B e/o D, e che si trovano nella fascia di età dello screening mammografico (50-69 anni), vengano reindirizzate dal CUP alle segreterie organizzative dello screening, qualora si trovino in situazioni coerenti con il PDTA regionale dello screening. A seguito di eventuale positività clinica, le donne vengono poi prese in carico dai punti di erogazione delle breast unit del territorio regionale.

Tutti gli Enti del Servizio Sanitario Regionale hanno predisposto le agende di presa in carico in conformità con le indicazioni della DGR 640/2018. Nella fase attuale è operativa una funzione di monitoraggio regionale dell'offerta di spazi di prenotazione per prestazioni di presa in carico, finalizzata ad una gestione dinamica delle agende tale da consentire l'utilizzo di posti non occupati nelle agende di presa in carico per un aumento dell'offerta di possibilità di prenotazioni per prestazioni di primo accesso anche per dare risposta alle liste di Garanzia di cui alla DGR 380/2019. Le agende per le prestazioni di presa in carico sono state rese identificabili a CUP tramite una sigla (PIC) ed è pertanto già possibile monitorarne l'attivazione e l'utilizzo. Con la progressiva dematerializzazione anche della prescrizione specialistica di presa in carico sarà inoltre possibile verificare nel dettaglio l'adesione degli specialisti a questa disposizione organizzativa.

➤ **Implementazione e Monitoraggio dell'utilizzo dei RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa)**

Con la DGR n. 1012/2014 "Definizione dei Raggruppamenti Omogenei d'Attesa (RAO)" sono state approvate le Linee Guida regionali per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni 'critiche' che forniscono a tutti i prescrittori un valido punto di riferimento per la prioritizzazione e costituiscono un importante strumento di indirizzo per l'attribuzione della classe di priorità ad uso dei medici prescrittori, pur non rappresentando un vincolo.

La DGR 1012/2014 aveva definito le linee guida sulle classi di priorità per tutte le visite specialistiche e per alcune delle prestazioni di diagnostica strumentale particolarmente critiche (RMN muscolo-scheletrica, RMN colonna, RMN encefalo e tronco-encefalico, ecografia mammaria e mammografia) tra le 43 prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio. Nell'ambito di un tavolo tecnico nazionale al quale ha partecipato anche la Regione Marche, alla verifica e all'aggiornamento delle linee guida sopra menzionate e alla definizione di nuove per tutte le altre prestazioni di diagnostica strumentale. Si conferma, pertanto, in questo nuovo Piano Regionale la scelta dei RAO quale strumento principale di governo clinico della domanda cui far riferimento per stabilire le Classi di priorità. In coerenza con il Nuovo PNGLA si **adottano i RAO presenti nel Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO"**, elaborato da gruppi di lavoro costituiti presso l'AGENAS (comprendenti rappresentanti nazionali e regionali delle società scientifiche e dei MMG e PLS) e condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C del nuovo PNGLA.

Viene affidato alla ARS, in collaborazione con gli Enti del SSR, il compito di promuovere e diffondere l'uso di quanto previsto nel predetto Allegato C del nuovo PNGLA.

L'utilizzo dei RAO nella pratica prescrittiva consentirà di omogeneizzare le modalità di prenotazione (CUP regionale) che indirizzano le richieste alle corrispondenti agende configurate per classi di priorità. A tale riguardo sono stati avviati



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

tavoli tecnici di lavoro regionali che andranno ad integrare le attività già svolte dall'ORA (Organismo Regionale per l'Appropriatezza). I tavoli di lavoro, costituiti da MMG e medici specialisti delle specifiche discipline, provvederanno a promuovere e diffondere l'uso delle Linee Guida monitorandone l'implementazione e la coerenza. L'ASUR mediante l'UCAD e il pool di monitoraggio distrettuale avrà il compito di definire modalità attuative.

2) GOVERNO DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI

➤ *Programmazione dell'offerta di prestazioni*

La Regione Marche è impegnata, in base a quanto indicato nella DGR 640/2018 e riportato nel nuovo PNGLA, in una accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale. Il governo delle liste di attesa si fonda, infatti, sulla programmazione dell'assistenza erogata dalle strutture presenti nel territorio, coerentemente con la definizione del fabbisogno di prestazioni da soddisfare.

La regione ha analizzato i consumi di prestazioni, rilevati attraverso i flussi informativi correnti, per quantificare la domanda dei residenti di un territorio. Questi sono poi stati confrontati con la produzione complessiva delle strutture ubicate nello stesso territorio (sia pubbliche che private), verificando la capacità di soddisfare la domanda espressa con la dotazione di risorse disponibile, considerando anche il saldo di mobilità attiva e passiva. I dati di mobilità sanitaria sono periodicamente forniti alle Aziende dalle strutture regionali competenti.

Con il presente atto si dà mandato all'ASUR, attraverso l'analisi dei dati dei flussi informativi delle prestazioni e in collaborazione con la regione, di valutare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio, e di stimare la componente della domanda che, per i lunghi tempi di attesa a causa di un'offerta insufficiente, risulta non soddisfatta dal SSR. L'ASUR deve replicare questo tipo di analisi a livello di singola Area Vasta, per valutare la variabilità degli indicatori utilizzati nel proprio territorio individuando eventuali squilibri nei consumi, presumibilmente legati a differenze del contesto socio-demografico, del quadro epidemiologico o della distribuzione dell'offerta.

Le Aziende/Aree Vaste sono chiamate a programmare la propria rete di offerta, per le diverse tipologie di prestazioni, valutando la quota di attività che sono in grado di produrre attraverso le proprie risorse (strutture, personale, apparecchiature) e quella residuale che può essere acquistata dalle strutture private accreditate attraverso specifici accordi di fornitura. In prima istanza è necessario considerare il grado di efficienza con il quale le proprie strutture producono e pianificano azioni mirate nel caso in cui le risorse, che siano apparecchiature o personale medico o tecnico specializzato, che non siano pienamente utilizzate. Il ricorso a prestazioni aggiuntive o alla contrattualizzazione di ulteriori volumi di prestazioni potrà essere contemplato solo dopo aver valutato la possibilità di incremento della produzione delle strutture a gestione diretta attraverso il recupero di efficienza o il ricorso a nuove assunzioni di personale.

➤ *Ottimizzazione dell'offerta di prestazioni*

a) Con la DGR 640/2018 è stata data disposizione a tutte gli Enti del SSR di incrementare la disponibilità di spazi nelle agende di prime visite specialistiche e di primo accesso per diagnostica strumentale, per classe di priorità B, D, P, di almeno il 20% rispetto all'offerta disponibile a CUP nel primo semestre del 2018. Allo stato attuale si rileva un aumento di più del 20% (in alcune aziende fino al 50%) degli spazi di prenotazione rispetto al periodo indice. Si dà mandato agli Enti del SSR di effettuare tutte le azioni possibili di efficientamento dell'organizzazione finalizzate all'aumento della disponibilità di spazi nelle agende di primo accesso.

b) Nella stessa DGR, come previsto anche nel nuovo PNGLA, è stata stabilita la possibilità di acquisto di prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, concordate con i professionisti dipendenti e sostenute economicamente dall'Azienda, ai sensi dell'art. 55 comma 2 del CCNL dell'8 giugno 2000 e s.i.

I fondi da utilizzare per l'acquisto di prestazioni aggiuntive sono ricavati dal bilancio delle aziende sanitarie facendo riferimento in particolare al cosiddetto "**fondo Balduzzi**". Quest'ultimo è una somma pari al 5% dell'onorario del libero professionista, che le aziende devono trattenere, da vincolare ad interventi volti al miglioramento delle attività di prevenzione e/o alla riduzione delle liste di attesa. Tali fondi sono destinati esclusivamente, sulla base di specifiche progettualità definite in sede di contrattazione aziendale, all'acquisizione di prestazioni aggiuntive o di personale. Le risorse sono finalizzate alla produzione di prestazioni ambulatoriali cliniche e diagnostiche



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- aggiuntive rispetto a quelle già offerte dal SSR, organizzate in specifiche agende differenziate rispetto a quelle istituzionali e identificate a CUP come "agende Balduzzi". Si rinnova il mandato agli Enti del SSR di attuare tutte le azioni necessarie ad utilizzare nella loro totalità le risorse riferibili al "fondo Balduzzi". Tale attività è oggetto di uno specifico monitoraggio e di una rendicontazione annuale alla regione. Eventuali risorse residue del fondo Balduzzi potranno essere destinate al soddisfacimento dei pazienti presenti nelle liste di garanzia.
- c) Con circolare della P.F. competente si è provveduto all'allineamento delle tempistiche medie di esecuzione delle prestazioni in tutte le aziende, con la definizione di standard regionali non vincolanti, ma utili riferimenti per l'organizzazione delle agende.
- d) In conformità a quanto previsto nella DGR 640/2018, e presente nel nuovo PNGLA, sono stati attuati in alcune aziende del SSR modelli gestionali che hanno esteso, nel rispetto dei vincoli contrattuali, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate. In particolare questo ha riguardato le Aziende Ospedaliere, che hanno organizzato attività ambulatoriali per le prestazioni di diagnostica radiologica in orari serali (dalle 20:00 alle 24:00) e nel sabato pomeriggio. Per quanto riguarda l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini, per le quali il nuovo PNGLA prevede l'utilizzo per almeno l'80% della loro capacità produttiva, già con la DGR 808/2015 la Regione Marche aveva disposto l'utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie per almeno 12 ore giornaliere per la diagnostica strumentale e fino a 18 ore giornaliere per alcune apparecchiature medicali, dando mandato agli Enti del SSR di elaborare un piano dettagliato che evidenziasse le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale, nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete, e stanziando specifici fondi da dedicare al rinnovo del parco attrezzature. Nel corso degli ultimi anni, grazie a quanto stabilito dalla Regione, è stato portato avanti un progressivo ammodernamento delle apparecchiature radiologiche, con l'acquisto anche di macchinari di ultima generazione. A tale proposito si evidenzia che, con DGR 1250/2017, la Regione ha stanziato 43 milioni di euro di investimenti per l'acquisto di nuove apparecchiature radiologiche. Con il presente atto la Regione ribadisce il mandato agli Enti del SSR di provvedere all'utilizzo delle apparecchiature di diagnostica per immagini per un livello almeno pari all'80% della loro capacità produttiva e, comunque, per una durata di funzionamento giornaliero non inferiore a quanto previsto nelle indicazioni riportate nel presente paragrafo. Questa attività sarà oggetto di uno specifico monitoraggio regionale attraverso un cruscotto di indicatori predisposto nell'ambito del percorso di implementazione del sistema RIS unico.
- e) Con il presente atto si rinnova il mandato per l'ASUR, già previsto nella DGR 640/2018, di procedere ad una integrazione delle attività ambulatoriali erogate dal privato accreditato e titolare di accordo contrattuale con il SSR, finalizzata ad orientare la produzione verso le prestazioni con maggiori criticità relativamente ai tempi d'attesa all'interno degli attuali tetti di spesa. Si è prevista una tariffa calmierata, pari al costo del ticket, per i cittadini non esenti, per ulteriori prestazioni con accesso tramite prenotazione CUP. Elementi essenziali per il governo complessivo dell'accesso a tali prestazioni e il rispetto del tempo massimo di attesa, sono la trasparenza e la visibilità sul sistema di prenotazione regionale delle agende di prenotazione delle prestazioni, sia quella di tutte le strutture a gestione diretta sia quella 'acquistata', mediante accordi contrattuali, dalle altre strutture pubbliche e private accreditate. Ne discende, pertanto, che le agende con le prestazioni definite in sede di committenza con le strutture private accreditate devono essere inserite nel CUP regionale e l'ASUR adotterà meccanismi di controllo della coerenza tra le prestazioni erogate (file C) e le prenotazioni effettuate. L'integrazione ha lo scopo di ottenere l'incremento della produzione delle prestazioni sottoposte a monitoraggio.
- f) Infine, nell'ambito delle attività svolte dalla task force regionale per la dematerializzazione e in collaborazione con il Gruppo Regionale per il governo dei tempi d'attesa, si stanno definendo le regole per promuovere l'identificazione di percorsi in ambiti disciplinari trasversali all'Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, la garanzia di continuità assistenziale, la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ricovero, come il *day service* e i *PAC (percorsi ambulatoriali complessi)*, come previsto nel nuovo PNGLA.
- **Attivazione di percorsi di tutela finalizzati a garantire l'effettuazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi previsti e gestione della mancata disdetta dell'appuntamento per gli assistiti residenti nella Regione.**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Con la recente DGR 380/2019 la Regione Marche ha disciplinato l'esercizio del diritto dei cittadini di effettuare la prestazione nei tempi previsti, introducendo percorsi di tutela finalizzati a riconoscere il costo dell'eventuale prestazione "compensativa" effettuata presso le strutture private accreditate regionali come indicato anche nel nuovo PNGLA. Ha inoltre indicato le modalità di gestione della mancata disdetta dell'appuntamento, rendendola obbligatoria nel caso in cui si intenda rinunciare alla prestazione prenotata a pena di sanzione, in conformità con quanto previsto anche nel nuovo PNGLA.

- a) *Percorsi di tutela finalizzati a garantire l'effettuazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi previsti per gli assistiti residenti nella Regione Marche.*

Oggetto del percorso di tutela, descritto nel su citato atto, sono le mancate prenotazioni delle prestazioni di primo accesso, rientranti nel monitoraggio (PNGLA), prescritte con ricetta dematerializzata e con classe di priorità B, D e P.

Con la presente deliberazione si dà mandato agli Enti di adottare le azioni necessarie ad adeguare i tempi massimi per le prestazioni P ai 120 giorni previsti dal PNGLA 2019-2021, a partire dal 1 gennaio 2020.

Il bacino territoriale di riferimento per l'offerta di prestazioni è stato individuato nell'Area Vasta nell'ottica di garantire l'erogazione della prestazione nel servizio più vicino al luogo di residenza; il sistema CUP realizza tutte le azioni necessarie per offrire prioritariamente l'appuntamento nell'ambito dei servizi del Distretto/Area Vasta di residenza e qualora non possibile nell'ambito delle AV limitrofe. Va considerato il bacino di riferimento dell'intera Regione nel caso in cui il cittadino richieda espressamente di effettuare la prestazione in un'area vasta qualsiasi, anche al di fuori di quelle di residenza e limitrofe.

Nel caso in cui, al momento del contatto, non sia possibile soddisfare la richiesta, si prevede l'inserimento della stessa in una Lista di Pre-appuntamento, cosiddetta *Lista di Garanzia*, per una successiva evasione nei tempi previsti.

Un team di garanzia, costituito dai referenti delle Liste di Attesa e dai back-office degli Enti del SSR, ha il compito di attivarsi per ricercare ulteriori disponibilità di spazi nell'ambito del SSR entro alcuni giorni attraverso meccanismi di riutilizzo di eventuali posti liberi nelle agende di presa in carico, identificate con la sigla "PIC", o con altre modalità individuate dallo stesso team.

Il team di garanzia comunicherà poi l'eventuale nuova disponibilità al Centro Servizi, il quale ricontatterà l'utente per informarlo della prenotazione effettuata. Qualora il sistema non riesca comunque a soddisfare le richieste di prenotazione nei tempi previsti, andrà comunicata all'utente la possibilità di effettuare la prestazione anche al di fuori dell'offerta istituzionale regionale. Per la prestazione sostenuta a proprio carico, sarà riconosciuta una quota di rimborso pari alla spesa risultante da fattura, fino ad un tetto massimo coincidente con la tariffa di quella prestazione presente nel nomenclatore regionale della specialistica ambulatoriale, decurtata del costo del ticket e della quota fissa nel caso di pazienti non esenti.

A modifica di quanto indicato nella DGR 380/2019 il rimborso viene garantito solo per le richieste di prenotazione non soddisfatte nei termini previsti, che siano però state presentate al CUP entro il quinto giorno dalla data di emissione della prescrizione relativa alla prestazione stessa per quanto riguarda la classe B ed entro il quindicesimo giorno per tutte le altre classi di priorità. Per quanto non rideterminato nella presente valgono le disposizioni riportate nella DGR 380/2019.

- b) *Gestione della mancata disdetta dell'appuntamento per gli assistiti residenti nella Regione Marche.*

Riguardo alla mancata disdetta da parte del cittadino di un appuntamento, la DGR 380/2019 ribadisce che questo comportamento provoca danni al sistema sanitario sul piano dell'efficienza e della tempestività della risposta, relativamente al bisogno di salute dei cittadini. La mancata comunicazione in tempo utile da parte del cittadino non consente infatti, di riassegnare il posto ad altri, incidendo negativamente sulla gestione delle liste d'attesa e quindi sulla possibilità per il cittadino di ricevere le prestazioni nei tempi adeguati rispetto alla patologia e necessità di cura.

La Regione Marche, per contrastare tale fenomeno, chiamando ad una corresponsabilità gli utenti, per incentivare comportamenti virtuosi a beneficio di tutti, con il presente atto rende obbligatoria la disdetta dell'appuntamento, laddove si intenda rinunciare alla prestazione prenotata. L'appuntamento va inderogabilmente disdetto, chiamando il Cup o utilizzando gli altri canali di prenotazione, almeno 2 giorni lavorativi prima della data prevista per l'effettuazione della prestazione, pena una sanzione pari all'intera tariffa della prestazione presente nel



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

nomenclatore regionale della specialistica ambulatoriale, a meno che l'assenza non venga adeguatamente giustificata.

La sanzione per mancata disdetta riguarda tutti gli utenti, compresi gli esenti ticket per reddito, per età o patologia- invalidità.

Riguardo tale argomento va precisato che la Regione ha già attivato diverse modalità per agevolare la disdetta. È già operativo, come ricordato, il servizio di promemoria (Recall) di avviso dell'appuntamento, tramite telefonata effettuata una settimana prima.

L'utente, al momento della prenotazione, sarà opportunamente informato della misura "malus" e delle eventuali conseguenze di comportamenti non conformi.

In seguito a mancata richiesta di cancellazione nei tempi indicati, il cittadino inadempiente riceverà una lettera con cui l'azienda sanitaria di riferimento notificherà la sanzione. Dal momento della notifica, il cittadino avrà 10 giorni di tempo per giustificare la mancata disdetta dell'appuntamento, presentando la documentazione agli uffici preposti attestante alcune ragioni ammesse.

A modifica di quanto previsto nella DGR 380/2019 si precisa che al cittadino già segnalato per il Malus, la Regione non è tenuta a garantire la stessa visita/prestazione nei termini previsti, fino alla produzione del riscontro dell'avvenuto pagamento. Per quanto non rideterminato nella presente valgono le disposizioni riportate nella DGR 380/2019.

➤ ***Interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alle attività di Libera Professione Intramoenia***

Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali, erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, la regione assicura il rispetto delle disposizioni vigenti, in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi, sia per le attività ambulatoriali sia per quelle di ricovero. A tale riguardo la Direzioni Generali degli Enti del SSR sono tenute a:

- assicurare adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale; per ottemperare a tale disposizione le aziende devono dotarsi di specifici strumenti informatici;
- predisporre piani aziendali che programmino annualmente l'ammontare di attività istituzionale che ogni professionista e ogni equipe devono garantire e il conseguente rapporto tra le attività istituzionali e quelle in libera professione;
- attuare il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, nel caso in cui si rilevi il superamento del rapporto tra l'attività sulle prestazioni erogate e/o lo sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione.

È attivo l'Organismo paritetico regionale, all'interno delle attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale, di cui all'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3; come noto, tale adempimento è sottoposto a verifica nell'ambito dei lavori del Comitato LEA, come precisato nel nuovo PNGLA.

Si precisa che il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.

Relativamente alla cosiddetta "libera professione aziendale", concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dalle Aziende, si rimanda a quanto riportato nel paragrafo "ottimizzazione dell'offerta di prestazioni".

3) FACILITAZIONE DELL'ACCESSO DEI CITTADINI E MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE

➤ ***Ampliamento delle possibilità di prenotazione***

Nel corso dell'ultimo trimestre del 2010, con DGR 1635/2010, è stato avviato il CUP unico regionale per la gestione delle prenotazioni di prestazioni specialistiche e visite, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti e con il nuovo PNGLA.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

A seguito del suo consolidamento, dallo scorso anno la Regione si è impegnata nella diffusione di altre possibilità di prenotazione di prestazioni ambulatoriali e nella promozione di nuovi servizi, allo scopo di agevolare i cittadini nelle procedure di prenotazione, con una diminuzione progressiva nel tempo di attesa telefonica e di ricorso allo sportello. Coerentemente con tale impostazione, la Giunta regionale, con le delibere 213/2019 e 318/2019, ha recentemente approvato le linee di indirizzo per la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali direttamente nelle farmacie di comunità e nei laboratori analisi aderenti.

È stato inoltre avviato un tavolo di lavoro con i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta per un ulteriore potenziamento dei sistemi di prenotazione diretta da parte degli stessi a vantaggio dei cittadini. Infine, coerentemente con il dettato della delibera 640/2018, sono stati messi a disposizione dei cittadini canali digitali per la prenotazione collegandosi al sito "cuponline.sanita.marche.it" e/o, in alternativa, scaricando attraverso gli Store ufficiali la nuova App per smartphone e tablet, denominata "MyCupMarche", disponibile per dispositivi Android, Apple e Windows Phone. Attraverso queste modalità è possibile prenotare tutte le visite e tutti gli esami diagnostici online, verificare le disponibilità dei luoghi per le visite e gli esami in tutto il territorio regionale, prenotare, cancellare, e pagare la prestazione ed infine tenere aggiornata la propria lista degli appuntamenti, funzioni che devono essere assolte dai Cup on line in base a quanto riportato nel nuovo PNGLA. Queste ulteriori modalità di prenotazioni sono possibili solo per le ricette dematerializzate, in fase di progressiva implementazione.

➤ *Trasparenza delle agende di prenotazione*

La DGR 640/2019 ha disposto una gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione, come previsto anche dal nuovo PNGLA. Tale disposizione viene ribadita nel presente atto. Le agende, sia per i primi accessi sia per gli accessi successivi e per le prestazioni rese in regime di attività libero professionale intramoenia (ALPI) e le prestazioni fornite dal privato convenzionato, sono tutte visibili al CUP regionale. È stato implementato, inoltre, un cruscotto di monitoraggio, che rende costantemente visionabile la disponibilità di spazi di prenotabilità nelle agende di primo accesso nell'intero sistema di offerta regionale, comprensivo del privato convenzionato.

Tale cruscotto di monitoraggio consente agli Enti del SSR di effettuare una progressiva azione di rimodulazione delle agende, che garantisce una ulteriore implementazione di spazi per i primi accessi. Con il presente atto la Regione ribadisce le indicazioni per una gestione dinamica delle agende, attraverso il riutilizzo di spazi di prenotazione presenti nelle agende di presa in carico (PIC) e non occupati, in modo da ottimizzare gli spazi dedicati alle attività di 1° accesso.

➤ *Rafforzamento di alcune regole generali di gestione delle agende*

Per quanto riguarda la gestione delle agende la DGR 640/2018 ha emanato disposizioni. Le stesse si ribadiscono di seguito, in conformità anche al nuovo PNGLA:

- tutte le agende devono essere configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe 'P', con distinzione delle agende riservate ad accessi successivi per la definizione del quesito diagnostico a quelle per accessi successivi finalizzati a controlli e follow up;
- i calendari delle agende non possono essere chiusi. Di norma le agende dovrebbero essere attivate, in modo automatico, senza una scadenza definita, in modo da consentire anche prenotazioni con attese oltre l'anno, possibili in particolare per i Controlli successivi. E' altresì vietato l'attivazione di agende con scadenza inferiore alle 52 settimane (o 365 giorni), fatte salve le agende dedicate a progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa con durata limitata nel tempo. Per gli erogatori privati la scadenza annuale del contratto non comporta la chiusura delle agende fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni contrattuali di budget.
- è già consolidato un sistema di vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale e data forte enfasi al rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione. Nel caso di eventi straordinari, non prevedibili e non programmabili, per cui si determini una sospensione dell'attività, ne deve essere data, da parte della Direzione aziendale, comunicazione immediata alla Regione, specificando in particolare la durata prevista e le disposizioni date ai Servizi interessati per la protezione delle prenotazioni in essere. **In queste situazioni per i cittadini già prenotati dovranno essere predisposte sedute aggiuntive per recuperare le prestazioni non effettuate, con particolare riferimento alle agende con priorità**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

B e D; i cittadini dovranno essere richiamati per la comunicazione della nuova data di effettuazione della prestazione.

4) STRATEGIE INFORMATIVE PER LA POPOLAZIONE

Sono oggetto di una strategia informativa e comunicativa ai cittadini: lo stato delle liste di attesa, le modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, i percorsi di garanzia in caso di sfornamento dei tempi massimi, i diritti e i doveri in coerenza con quanto previsto nel presente PRGLA.

Tale strategia si concretizzerà in specifiche campagne informative, in sezioni dedicate e accessibili sui siti Web regionali e aziendali, già coinvolti in obblighi di pubblicazioni di dati, e nelle attività quotidiane degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP). Nella realizzazione dell'attività informativa un ruolo determinante hanno le associazioni di tutela e di volontariato dei cittadini, che dovranno essere appropriatamente coinvolte dalle aziende nelle varie fasi di implementazione, a cominciare dalla rivisitazione delle Carte dei servizi aziendali.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

B) PRESTAZIONI DI RICOVERO

1) USO SISTEMATICO DELLE CLASSI DI PRIORITÀ

Per tutti i ricoveri programmati si ribadisce l'obbligo dell'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012, recepite con DGR 1040/2011, di cui alla tabella sotto riportata.

CLASSE DI PRIORITÀ PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Va inoltre obbligatoriamente indicata nella SDO la data di prenotazione, che corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista ospedaliero la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione. Questa data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

2) AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DELLE PRESTAZIONI MONITORATE

Il nuovo PNGLA **aggiorna l'elenco delle prestazioni** di ricovero ordinario e diurno monitorate attraverso il flusso informativo SDO, per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa in riferimento alle classi di priorità indicate dallo specialista. Le prestazioni sottoposte a monitoraggio sono elencate nella tabella sottostante ed ammontano a 17 e riguardano per la gran parte patologie oncologiche e cardiovascolari, con aggiunta degli interventi di protesi d'anca, di colecistectomia laparoscopica, di emorroidectomia, di riparazione di ernia inguinale e di biopsia percutanea del fegato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostatata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82

Ca



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

(1) Prestazioni erogabili anche in regime ambulatoriale: il monitoraggio riguarderà anche tale setting assistenziale

3) GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE D'ATTESA

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa va effettuato, tramite una procedura informatizzata, a livello di singola azienda e istituzione privata accreditata e convenzionata e deve essere vincolato a criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e sui relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero e post-ricovero).

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente, oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente che vanno tracciate nel sistema informatizzato.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4) PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO E SVILUPPO DI PDTA

I Piani attuativi aziendali, che ogni singolo ente dovrà elaborare in applicazione della presente deliberazione, dovranno prevedere, oltre a modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, una riprogrammazione dell'attività chirurgica finalizzata a garantire il rispetto dei tempi massimi per ogni classe di priorità per le prestazioni di ricovero soggette a monitoraggio, prevedendo se necessario un incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

Tale riprogrammazione dovrà essere pensata sinergicamente da tutti gli enti in riferimento all'applicazione delle reti cliniche e dei percorsi di patologia. A tale riguardo il nuovo PNGLA **conferma le aree cardiovascolare e oncologica** quali aree prioritarie per lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, PDTA (secondo modalità che saranno disciplinate da specifiche Linee Guida da elaborare all'interno dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa), a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento; prevede, altresì, di considerare ulteriori aree critiche connesse a quadri clinici di cronicità. Si precisa che la Regione Marche ha già deliberato alcuni PDTA regionali su patologie cardiovascolari (p.es. ictus ischemico ed emorragico), oncologiche (p.es. cancro della mammella) e croniche (p.es. malattie infiammatorie croniche dell'intestino). Sono in fase di completamento altri PDTA sia nell'area cardiovascolare sia nell'area oncologica e sia per patologie indicate nel Piano Nazionale della Cronicità.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

C) MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, si confermano i seguenti monitoraggi:

- 1) Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 2) Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 3) Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- 5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico e di altre aree critiche;
- 6) Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria- ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, secondo le linee guida in fase di ridefinizione in sede Agenas;
- 7) Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- 8) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

I monitoraggi sopra elencati sono effettuati in conformità con quanto previsto nell'**ALLEGATO B** del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA) 2019-2021 "**Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per i Monitoraggio dei tempi di attesa**".



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

D) PARTECIPAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI

La Regione Marche, nell'ambito della complessa riorganizzazione del Servizio sanitario avvenuta con L.R. n. 13/2003 ha previsto, all' art. 24 comma 3, l'istituzione, all'interno di ogni Azienda Ospedaliera e presso ogni Area Vasta, di Comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della Salute. Con il Regolamento Regionale 9 aprile 2015 n. 6, la Regione Marche ha disciplinato compiutamente la composizione e il funzionamento dei Comitati di partecipazione dei cittadini (CDP) alla tutela della salute, in attuazione dell'articolo 24 comma 3, della L.R.n.13/2003, all'interno della Regione, di ogni Azienda ospedaliera ed Area Vasta territoriale. Numerose sono le attività che si stanno svolgendo di concerto con i CDP. Ad esempio il nuovo "Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2021" è stato oggetto di condivisione con i CDP, così come altri atti percorsi socio-sanitari di rilievo regionale. L'impegno e l'interesse della Regione Marche pertanto, tramite la nascita dei CDP ed in linea con la stesura del nuovo Piano socio-sanitario regionale, sono volti a sviluppare ampi spazi per la partecipazione e il ruolo attivo dei cittadini nelle politiche sanitarie regionali.

Tale modalità di coinvolgimento partecipativo delle associazioni dei cittadini verrà ulteriormente rafforzata in applicazione del presente atto, attraverso l'istituzione di un **tavolo regionale di monitoraggio dell'attuazione del Piano Regionale di Governo delle liste d'attesa**. Le stesse associazioni partecipano, inoltre, ai tavoli di monitoraggio dei programmi attuativi aziendali, già operativi a livello dei singoli Enti del SSR, prevedendo un periodico incontro con le direzioni aziendali per la costante verifica dell'applicazione dei contenuti della presente deliberazione. Infine i CDP potranno utilmente svolgere un importante ruolo nella costruzione e nell'implementazione di strategie informative rivolte alla popolazione.

Per dare seguito a quanto previsto nel presente paragrafo il dirigente della P.F. competente dovrà, mediante un Decreto ad hoc, identificare la composizione del tavolo e i compiti ad esso assegnati.