



Percorsi di tutela

A. Premessa

Si definiscono tali le procedure attivate, da parte degli Enti del SSR, al fine di prevedere l'accesso alle prestazioni specialistiche qualora l'utente non trovi la disponibilità per l'erogazione della prestazione entro i tempi previsti dalla classe di priorità prescritta, così come previsti dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa, PNGLA, 2019-2021 e dal Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa, PRGLA, 2019-2021, adottato con il DCA 302/2019.

Le Aziende Sanitarie Locali predispongono con cadenza annuale l'analisi del fabbisogno dei propri assistiti e programmano l'offerta di visite e prestazioni sul proprio territorio considerando la disponibilità delle Aziende Ospedaliere e delle Strutture Accreditate.

B. Prestazione

Il percorso di tutela è riservato alle richieste di “**primo accesso**”.

IL PNGLA e PRGLA 2019-2021, definiscono le prestazioni di primo accesso nel seguente modo:

“Le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, sono quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al problema di salute posto. Va considerata come prestazione di primo accesso anche quella richiesta dal medico prescrittore conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito, per le patologie per le quali non sono stati definiti specifici percorsi diagnostico-terapeutici.”

I percorsi e le prestazioni dopo la prima visita sono da considerare all'interno della presa in carico della struttura ospedaliera e/o ambulatoriale e gestiti attraverso una metodologia proattiva di percorsi interni aziendali fino al suo completamento senza affidare al cittadino la ricerca della visita o la prestazione da prenotare.

Le prestazioni di **secondo accesso** per controlli successivi, definite per differenza, *riguardano le prestazioni erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche (agende di II livello) a pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale.*

Si considerano prestazioni di secondo accesso anche quelle prescritte a pazienti cronici, fuoriusciti dai percorsi di presa in carico o in presenza di una riacutizzazione, oppure le prestazioni che lo specialista che eroga la prima visita ritiene opportuno effettuare nell'ambito di un PDTA, a completamento del quadro diagnostico.

Le Aziende Sanitarie promuovono l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, anche attraverso collegamenti funzionali interaziendali.

La prescrizione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN deve essere completa in tutti i campi, riportare:

- indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- quesito diagnostico;
- classe di priorità, coerente con quanto previsto dal manuale RAO;
- data, codice fiscale ed ASL dell'utente, codice prestazione nel caso di prescrizioni cartacee.

C. Modalità di accesso alla prestazione della medicina specialistica ambulatoriale

Le modalità di accesso alle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale sono le seguenti:

- 1) **Call Center** regionale cerca la disponibilità per la prestazione richiesta, nei tempi previsti sul territorio di assistenza dell'utente, in linea con gli ambiti di garanzia e, successivamente, nell'ambito regionale. Laddove non sia presente una disponibilità, il call center, come da indicazioni, inserisce la richiesta della prestazione in un cosiddetto “**contenitore di garanzia**”, suddividendole per Asl di assistenza dell'utente.



Le prestazioni del “contenitore di garanzia” sono presenti sulla piattaforma tecnologica del ReCUP e vengono estratte dalle ASL sistematicamente.

Le ASL verificano le richieste presenti in queste liste e, a seconda della classe di priorità prescritta, cercano di trovare una disponibilità per l'erogazione della prestazione.

Il Call Center svolge un ruolo proattivo nei giorni precedenti alla visita o alla prestazione, attualmente esclusivamente per le prestazioni critiche con priorità D e P, verso l'utente con la finalità di ricordare la data prenotazione e contestualmente consentire la conferma o la cancellazione.

La prenotazione proposta e rifiutata, nei tempi previsti dalla classe di priorità e negli ambiti di garanzia, non consente l'inserimento della richiesta della prestazione nel “**contenitore di garanzia**” e la presentazione della istanza.

- 2) **CUP/sportello aziendale** è in grado di verificare la disponibilità per l'erogazione della prestazione sul proprio territorio aziendale.
- 3) **Prenota smart:** consente di prenotare le prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritte in classe di priorità D (differibile) o P (programmata), tramite accesso al seguente link <https://prenotasmart.regione.lazio.it/main/home>. In caso di mancata disponibilità, la richiesta non può essere inserita nel “contenitore di garanzia”
- 4) **Farmacie:** Al seguente link <https://www.salutelazio.it/farmarecup> sono riportate le farmacie presso il quale viene effettuato questo servizio. In caso di mancata disponibilità, la richiesta non può essere inserita nel “contenitore di garanzia”.

Il percorso di tutela non può essere attivato con prenotazioni fatte dagli operatori di sportello, online sul portale regionale o nelle farmacie, ma soltanto se la richiesta di prenotazione viene fatta attraverso il call center regionale.

D. Indicazioni per la gestione della mancata disponibilità.

Organizzazione Aziendale del percorso di tutela

A seguito dell'extrapolazione dei dati del “contenitore di garanzia”, l'Azienda, attraverso il referente Unico per l'accesso (RUA) oppure attraverso altra organizzazione interna, provvederà a trovare la disponibilità per le prestazioni richieste, nel rispetto, per quanto possibile, della classe di priorità prescritta.

La ricerca delle prestazioni prevede:

- recupero e forzatura di slot di visita o prestazioni;
- attività in overbooking;
- apertura degli ambulatori e utilizzo dei servizi di diagnostica il sabato e la domenica;
- prestazioni aggiuntive;
- richiesta disponibilità attraverso specifici accordi tra le Aziende e le AO- AOU-IRCCS
- richiesta disponibilità attraverso specifici accordi tra le Aziende e gli erogatori privati, in particolare, a quelli presenti sul proprio territorio;
- libera-professione intramuraria.

La ASL, come riportato dal PRGNLA 2019-2021, ha il compito di programmare nell'ambito del ruolo di committenza con gli erogatori delle strutture accreditate presenti sul proprio territorio o con le aziende ospedaliere/universitarie presenti o no sul proprio territorio:

- slot dedicati a questa attività al fine di eseguire gli accessi nei tempi previsti;
- slot dedicati a questa attività al fine di eseguire gli accessi nei tempi previsti per procedure non disponibili in ambito aziendale e nel proprio territorio.



Sarebbe opportuno, qualora l'organizzazione aziendale lo consentisse, effettuare una valutazione della prescrizione specialistica, valutando:

- la completezza della prescrizione;
- la presenza del quesito diagnostico;
- la presenza della classe di priorità;
- la compatibilità del quesito diagnostico con il manuale RAO .

Le prescrizioni incomplete dovrebbero essere inviate alle rispettive CAPI per le valutazioni di competenza.

Le AO-AOU-IRCCS devono garantire la presa in carico dell'utente, effettuando le prestazioni necessarie per gli approfondimenti diagnostici e per il follow up, senza invitare lo stesso a chiamare il call center per reperire le disponibilità.

Le prescrizioni delle prestazioni nell'ambito dei percorsi di presa in carico devono essere effettuate dallo specialista che ha eseguito il primo accesso e sono identificate come un accesso SUCCESSIVO con classe di priorità ALTRO

La presa in carico, in modo completo, dell'utente è il primo, e fondamentale, elemento per la gestione delle liste di attesa.

E. Istanza ai sensi del D.lgs. n. 124/1998 art.3 commi 10 e 13.

La Direzione regionale salute ha trasmesso alle Aziende Ospedaliere Pubbliche, alle Aziende Ospedaliere Universitarie Pubbliche e agli IRCSS pubblici della Regione Lazio la nota prot. reg. n. 436292 del 20 aprile 2023 *“PRGLA 2019-2021: linee di indirizzo ministeriali sui requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate alle liste di attesa sui siti web- indicazioni operative”*.

Nella nota sopra indicata, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute, si chiedeva alle Aziende di riportare, in apposita sezione della *homepage*, le indicazioni che l'utente doveva seguire per comunicare con la stessa, qualora non avesse trovato la disponibilità per l'erogazione della prestazione richiesta.

In particolare, la ASL dovrà prevedere, per il ricorso, da parte del cittadino, all'accesso, in base al D.lgs. n. 124/1998 art.3 commi 10 e 13, nella sezione dedicata alle liste di attesa, una domanda che contenga le seguenti informazioni:

- dati personali dell'interessato compreso documento di identità;
- esame/visita richiesta e la data di prescrizione presente sulla ricetta;
- classe di priorità assegnata dal medico prescrittore;
- prima data disponibile comunicata in fase di prenotazione (modulo o numero della prenotazione effettuata);
- prescrizione

Il modulo di richiesta dell'istanza dovrà essere inviato alla direzione generale.

L'Azienda dovrà impegnarsi ad assicurare l'esecuzione della prestazione entro i tempi previsti dalla classe di priorità assegnata, senza prevedere oneri, diversi da quelli di legge, per l'assistito a partire dalla data di ricezione della domanda. Il rifiuto del cittadino ad eseguire la prestazione specialistica o diagnostico-strumentale fornita entro i termini previsti, libera l'azienda da qualsiasi onere.

F. Attività in corso

Al fine di ottimizzare la gestione del sistema di prenotazione, sono in corso di implementazione le seguenti funzioni:



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e Specialistica

- gli operatori di sportello aziendale avranno la visione delle disponibilità delle agende di specialistica ambulatoriale simile a quella prevista attualmente per il call center regionale. In tal modo, gli operatori di sportello vedranno le disponibilità degli altri Enti del SSR, pubblici e privati accreditati.
 - o La formazione degli operatori di sportello avrà in inizio a far data dal 22.05.2024;
- la possibilità di registrare la disponibilità di erogazione proposta all'utente, l'eventuale rifiuto e la relativa motivazione;
- gli operatori di sportello potranno inserire, in automatico, l'utente residente nella ASL di appartenenza per il quale non si trova una disponibilità, nel contenitore di garanzia;
- estendere l'attività proattiva del Call Center verso l'utente alle visite e alle prestazioni prenotate;
- avere un codice identificativo dell'utente che viene inserito nel codice di garanzia.

G. Informazione agli utenti

Il sito regionale Salute Lazio, <https://www.salutelazio.it>, dispone di una sezione dedicata alle Liste di Attesa, <https://www.salutelazio.it/monitoraggio-tempi-di-attesa>, nella quale è presente sia il monitoraggio delle prestazioni che il collegamento alla sezione dei siti aziendali dedicati a questa tematica.

La sezione relativa alle Liste di Attesa del sito aziendale deve contenere nel rispetto delle normative vigenti:

- piano attuativo aziendale;
- ambiti di garanzia;
- monitoraggio dei tempi di attesa;
- percorso di tutela contenente;
 - o le informazioni aggiornate alle indicazioni regionali contenute in questo documento;
 - o la modulistica per la presentazione della istanza ai sensi del D.lgs. n. 124/1998 art.3 commi 10 e 13;
 - o la documentazione da allegare;
 - o la mail aziendale per l'invio della istanza;
- procedura per cancellare la prenotazione;
 - o normativa relativa al pagamento della sanzione prevista in caso di mancata disdetta entro 2 giorni lavorativi prima delle data di prenotazione;
 - o modulistica per giustificare la mancata disdetta della prenotazione.

H. Normativa legislativa

1. PNGLA 2019-2021, prevede ai seguenti punti:

Punto Q *“altresì l'attivazione di modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione (cosiddetti “percorsi di tutela”).*

Punto 2.14 *la definizione e l'applicazione di “percorsi di tutela” ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste **di prime prestazioni** in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.*

Punto 2.15 *l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipes, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi*



di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

Punto 3.1 *Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:*

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;*
- del Quesito diagnostico;*
- delle Classi di priorità.*

2. PRGLA 2019-2021

Punto 2.2. Gli Ambiti territoriali di garanzia

I. Distrettuale

La maggior parte delle prestazioni specialistiche dovranno essere progressivamente garantite a livello distrettuale con modalità e tempi previsti nell'ambito dei piani aziendali.

II. Aziendale (corrispondente al territorio della ASL).

Riguarda tutte le prestazioni per le quali, relativamente alla dislocazione dell'offerta, è opportuno mantenere un livello Aziendale, anche in considerazione del rapporto costi-benefici connessi all'articolazione periferica di risorse e tecnologie. In assenza di ulteriori specifiche aziendali, tutte le prestazioni di media tecnologia ed alcune visite di elevata complessità devono essere garantite a livello di ASL.

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

Questo ambito dovrebbe essere riservato alle prestazioni di alta tecnologia e/o alta specializzazione che, a causa dei costi di gestione e per la difficoltà di assicurare livelli di qualità ottimale, non possono essere previsti in ogni ASL o distretto. In questo ambito potrebbero essere, a mero titolo di esempio, collocate le prestazioni di diagnostica strumentale ad elevata tecnologia, quali PET, acceleratori lineari e Risonanze magnetiche, o esami da effettuare in centri di riferimento regionale.

IV. Nazionale. Limitato a particolari prestazioni come ad esempio l'Adroterapia.

Pubblicati con Determinazione regionale n. G14988/2019.

Tali ambiti di garanzia sono in corso di revisione, in allineamento con quanto previsto dall'AGENAS.

Punto 3.4. i) L'attuazione di percorsi di tutela nel caso in cui l'ordinaria offerta aziendale non riesca a garantire l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi di attesa.

3. **Decreto legislativo del 29/04/1998 n. 124** - Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449. (Pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 99 del 30 aprile 1998)

12. Le regioni disciplinano, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività dell'erogazione delle predette prestazioni, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

4. *a) assicurare all'assistito la effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni 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;*
5. *b) prevedere, anche sulla scorta dei risultati dell'attività di vigilanza e controllo di cui all'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni ai sensi del comma 10;*
 6. *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'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato;*
 7. *d) prevedere correzioni al regime di partecipazione al costo come definito nei commi 3 e 4 secondo i criteri desumibili dal comma 13.*
 13. *Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale ai sensi dei commi 10 e 11, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato.*