



SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE

SERVIZIO ICT, TECNOLOGIE E STRUTTURE SANITARIE

IL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE

**LUCA BARBIERI**

**GANDOLFO MISERENDINO**

TIPO ANNO NUMERO

REG. PG / 2019 /

DEL

Ai Direttori Generali  
Ai Direttori Sanitari  
Ai Direttori Amministrativi  
delle Aziende Sanitarie  
della Regione Emilia-Romagna

AIOP  
ANISAP

e p.c.  
Ai Direttori di Distretto  
Ai Responsabili di Presidio Ospedaliero  
Ai Direttori di Dipartimento di Cure Primarie  
Ai Referenti del Sistema Informativo della  
Specialistica Ambulatoriale  
Ai Responsabili dei Servizi farmaceutici territoriali  
Ai Responsabili unitari dell'accesso  
Ai Referenti Organizzativi della  
Specialistica Ambulatoriale

delle Aziende Sanitarie  
della Regione Emilia-Romagna

**Oggetto: Indicazioni operative in applicazione al Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA) (DGR 603/2019) rispetto all'assistenza specialistica ambulatoriale.**

La DGR n.603 del 15/4/2019 "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" ha implicazioni sui sistemi informativi aziendali e regionali, sugli applicativi di prescrizione di MMG/PLS/specialisti ambulatoriali, sugli applicativi di prenotazione, sulle rilevazioni dei tempi di attesa ex ante ed ex post dei tempi di attesa, sulla rilevazione dell'erogato attraverso il flusso ASA e sulla trasmissione dei dati a SOGEI (comma 5/11 ex art.50).

Di seguito le indicazioni operative in merito all'assistenza specialistica ambulatoriale.

## 1. Regole prescrittive

È responsabilità del medico prescrittore indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni in regime SSN (e non solo su quelle oggetto di monitoraggio) le informazioni riguardanti:

- l'anagrafica del cittadino (rilevata da ARA per residenti/assistiti RER);
- le prestazioni richieste;
- il quesito diagnostico;
- il tipo accesso (primo accesso, accesso successivo);
- le classi di priorità (obbligatorie nei casi di primo accesso).

### Tipo Accesso

È una nuova informazione che il prescrittore è obbligato a riportare in ricetta. Indica se siamo in presenza di un primo accesso (Tipo Accesso = 1) o di accessi successivi (Tipo Accesso = 0).

In particolare:

- **Tipo Accesso 1** è riferito a:
  - prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, nei casi in cui si necessita di primo inquadramento diagnostico;
  - visita o prestazione di approfondimento richieste dallo specialista per completare la diagnosi ed erogate da medico di specialità differente.
- **Tipo Accesso 0** è riferito a:
  - visita o prestazione di controllo, follow-up;
  - prestazioni prescritte ed erogate dallo specialista nei casi di presa in carico assistenziale.

**Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte direttamente dal professionista che ha preso in carico il paziente, senza alcun rinvio a MMG/PLS per la prescrizione.**

### Classi di priorità

L'indicazione della classe di priorità è obbligatoria per il Tipo Accesso = 1.

Attenzione: la classe di priorità P si riferisce alle prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili, ovvero da eseguire entro 120 gg. e perde quindi il significato di "controllo programmato" che aveva in precedenza.

La classe di priorità non deve essere indicata per il Tipo Accesso = 0.

## 2. Adeguamento dei sistemi di prescrizione di MMG/PLS/specialisti ambulatoriali

Gli applicativi di prescrizione devono essere modificati affinché il prescrittore possa indicare in ricetta l'informazione relativa al **TIPO ACCESSO**.

Come già evidenziato, l'informazione TIPO ACCESSO va indicata obbligatoriamente su tutte le ricette, sia dematerializzate sia rosse, e fa riferimento a tutte le prestazioni contenute nella stessa ricetta.

A livello nazionale, l'indicazione del TIPO ACCESSO da parte del medico prescrittore è obbligatoria dal 1° giugno 2019. Da questa data è stata avviata una fase di transizione, da completarsi entro e non oltre il 31 dicembre 2019, per dar modo di implementare le funzionalità necessarie alla gestione di questa informazione sugli applicativi di prescrizione e prenotazione.

Durante il periodo di transizione, per quanto riguarda la trasmissione del prescritto a SOGEI, su SAR, le priorità U, B e D vengono transcificate in Tipo Accesso 1 e la priorità P in Tipo Accesso 0 relativamente alle sole prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA 2019-2021, ovvero

ai codici del nomenclatore tariffario vigente ed i relativi codici del Catalogo regionale Sole (**ALLEGATO 1**).

L'indicazione della **CLASSE DI PRIORITA'** da parte del medico prescrittore sulle ricette di TIPO ACCESSO 1 è **OBBLIGATORIA**.

La CLASSE DI PRIORITA' fa riferimento a tutte le prestazioni contenute nella stessa ricetta.

In particolare, sugli applicativi di prescrizione la scelta del tipo accesso e della classe di priorità dovrà essere visualizzata in questo modo:

- PRIMO ACCESSO (TIPO ACCESSO 1) U (entro 72 h)
- PRIMO ACCESSO (TIPO ACCESSO 1) B (entro 10 gg)
- PRIMO ACCESSO (TIPO ACCESSO 1) D (entro 30/60 gg)
- PRIMO ACCESSO (TIPO ACCESSO 1) P (entro 120 gg)
- ACCESSO SUCCESSIVO (TIPO ACCESSO 0)  mesi (inserire un valore numerico)

Per il TIPO ACCESSO 1 il prescrittore è obbligato ad indicare l'opzione relativa ad una classe di priorità, il che corrisponde inequivocabilmente ad un primo accesso, mentre per il TIPO ACCESSO 0 deve essere valorizzata la casella relativa ad ACCESSO SUCCESSIVO.

In caso di TIPO ACCESSO 0 il prescrittore può indicare il periodo entro cui il cittadino deve eseguire la prestazione. Tale indicazione non è obbligatoria ma è auspicabile che il medico definisca la tempistica entro cui deve essere erogata la prestazione per ogni singolo caso. Di norma la modalità "accesso successivo" viene utilizzata dagli specialisti che sono tenuti a prescrivere e prenotare le prestazioni richieste.

Per facilitare il prescrittore, nella Cartella SOLE sono stati implementati dei valori di default (che il medico può comunque modificare) che dovranno essere implementati in tutti gli altri applicativi di prescrizione.

Con l'implementazione del campo TIPO ACCESSO, negli applicativi di prescrizione, saranno visualizzati con valori di default:

- Priorità D: per le prestazioni di laboratorio e per le prime visite
- ACCESSO SUCCESSIVO (TIPO ACCESSO 0): per le visite di controllo prescritte a persona non esente per patologia

Solo negli applicativi di prescrizione degli specialisti, sarà visualizzato il seguente default:

- ACCESSO SUCCESSIVO (TIPO ACCESSO 0): per tutte le tipologie di prestazioni richieste

Per gli specialisti (dipendenti e convenzionati) sarà cura dell'Azienda procedere agli aggiornamenti degli applicativi in uso coerentemente con le specifiche tecniche di cui sopra.

Relativamente al tracciato record che si genera all'atto della prescrizione e alla stampa del promemoria si evidenzia che:

- nella ricetta dematerializzata il tracciato prevede due campi distinti per il tipo accesso e la classe di priorità, che verranno compilati coerentemente con l'informazione apposta dal prescrittore. Nel promemoria cartaceo sarà quindi stampato sia il tipo accesso che la classe di priorità, se TIPO ACCESSO = 1, oppure, se TIPO ACCESSO = 0, l'informazione del

'periodo' entro cui il cittadino deve eseguire la prestazione, che sarà stampato nel campo 'note'.

- nella ricetta rossa sarà 'biffata' la classe di priorità se TIPO ACCESSO = 1 o il campo 'altro' in caso di TIPO ACCESSO 0, mentre l'informazione del 'periodo' entro cui il cittadino deve eseguire la prestazione sarà riportata nel corpo della ricetta con il quesito diagnostico.

### 3. Modalità di accesso per l'erogazione della prestazione

La prestazione sarà erogata a seguito di accesso diretto all'ambulatorio o a seguito di prenotazione.

#### 3.1 Accesso diretto all'ambulatorio

Nei casi previsti dalle indicazioni aziendali, e con invio da parte del prescrittore, il cittadino con la prescrizione si reca direttamente all'ambulatorio. Di norma questa modalità viene utilizzata per i prelievi degli esami di laboratorio e per le prescrizioni con classe di priorità U o B. Sarà cura dell'erogatore registrare l'avvenuto accesso nell'applicativo di prenotazione/accettazione.

#### 3.2 Accesso tramite prenotazione

**ordinaria:** il cittadino con la prescrizione si reca presso il punto CUP (sportello ordinario, farmacia/parafarmacia) o utilizza CUPTEL per prenotare un appuntamento. Di norma questa modalità deve essere utilizzata per i primi accessi (ricetta con TIPO ACCESSO 1 e CLASSE DI PRIORITA' U, B, D, P).

**on line (CUPWEB):** il cittadino con la prescrizione accede al sistema regionale on line attraverso CUPWEB, l'app 'ER Salute' o il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per prenotare un appuntamento). Di norma questa modalità viene utilizzata per i primi accessi (ricetta con TIPO ACCESSO 1 e CLASSE DI PRIORITA' U, B, D, P).

**a carico di specialista/struttura:** il cittadino in sede di visita/prestazione diagnostica viene

- **preso in carico per il completamento/approfondimento diagnostico e controlli/follow up.** In questo caso è lo **specialista** che deve prescrivere ed è lo **specialista o la struttura/PDA** che deve prenotare le prestazioni (prestazioni diagnostiche, di laboratorio, visite di controllo per follow up, ecc.) necessarie per il completamento della diagnosi o per i controlli/follow up.

- **preso in carico in Day Service ambulatoriale.** In questo caso è lo **specialista che avvia il percorso** secondo un protocollo formalizzato e la struttura (o lo specialista a seconda dell'organizzazione aziendale) **programma tutti gli appuntamenti.** Di norma questa modalità viene utilizzata per gli accessi successivi (ricetta con TIPO ACCESSO 0).

Qualora ritenga concluso il percorso di diagnosi e/o cura di propria competenza, lo specialista non suggerisce nel referto la prescrizione di ulteriori prestazioni, perché, se necessarie, esse ricadono nell'obbligo di prescrizione dello specialista stesso: ai sensi degli accordi nazionali, gli specialisti (Dipendenti o Convenzionati), operanti all'interno del servizio sanitario pubblico, prescrivono direttamente, utilizzando il ricettario, le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico a ciascun paziente, senza richiedere alcun ulteriore intervento da parte del medico curante.

Nel caso in cui, invece, un cittadino, per fruire di una prestazione in regime istituzionale, si sia recato presso una **struttura privata accreditata** e si ravvisi la necessità di prestazioni di completamento diagnostico, qualora previste all'interno del contratto di fornitura in essere con

l'Azienda USL di riferimento, queste possono essere eseguite, nei limiti degli accordi contrattuali, **senza rinviare il paziente a MMG/PLS**. Le prestazioni non individuate dall'accordo contrattuale devono essere proposte nel referto e potranno essere prescritte dal MMG/PLS, indicando la tipologia di prescrizione "S".

#### 4. Adeguamenti dei sistemi di prenotazione CUP

Per garantire un'adeguata gestione dell'offerta, tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale devono essere presenti nel sistema prenotativo CUP, sia che si tratti di prestazioni in regime libero professionale sia di quelle in regime SSN, mantenendo però canali prenotativi distinti.

Gli applicativi di prenotazione devono essere adeguati al fine di gestire l'informazione TIPO ACCESSO/CLASSE DI PRIORITA' coerentemente alla ridefinizione delle agende di prenotazione.

È inoltre previsto il **blocco delle ricette ai fini prenotativi**, se, rispetto alla data di prescrizione, la data di prenotazione supera i 7 gg di calendario per le classi di priorità U e B, e se supera 1 anno per le classi di priorità D e P. Queste regole sono valide anche per le ricette emesse fuori regione. L'implementazione della funzionalità di blocco prenotazione sulle ricette dematerializzate avverrà a livello regionale sul SAR.

Attenzione: le ricette rosse non sono soggette a questo blocco automatico quindi è l'operatore che, al momento della prenotazione o accettazione in caso di accesso diretto, applica il blocco.

Al fine di responsabilizzare i cittadini, sul promemoria della ricetta dematerializzata (e solo per le ricette con tipo accesso 1) verrà riportato il messaggio che ricorda la scadenza della ricetta.

#### 5. Monitoraggi dei tempi di attesa

Il PRGLA prevede i seguenti monitoraggi coerentemente con le modalità e le prestazioni presenti nel PNGLA.

##### 5.1 Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Tale monitoraggio fa particolare riferimento alle prestazioni con *tipo accesso 1* e viene effettuato attraverso il flusso dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA). Per il 2019 esso riguarda le prestazioni con classi di priorità B e D prenotate presso tutte le strutture pubbliche e private accreditate. Dal 2020 il monitoraggio si estende anche alle prestazioni con classe di priorità P. Si richiede pertanto particolare attenzione nella compilazione della data di prenotazione.

##### 5.2 Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Tale monitoraggio viene effettuato attraverso il cruscotto di rilevazione regionale con cadenza quotidiana e riguarda le prestazioni con classi di priorità B e D (dal 2020 anche le P), prenotate in tutti i sistemi CUP di ciascuna provincia presso tutte le strutture pubbliche e private accreditate. A partire dal 2020, entro il primo trimestre successivo all'anno di erogazione, a livello regionale viene effettuato il monitoraggio delle prenotazioni effettuate da parte dello specialista/struttura/punto di accoglienza (PDA), attraverso la rilevazione di **tipologia di prenotatore, tipo accesso e classe di priorità, nel cruscotto dei tempi di attesa**.

Nel cruscotto regionale dei tempi di attesa verrà messa a disposizione un'area documentale condivisa nella quale verranno caricati: la normativa relativa alle liste di attesa, i tracciati di rilevazione e il file dei criteri di inclusione/esclusione degli appuntamenti dal monitoraggio di ciascun ambito territoriale.

##### 5.3 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Tale monitoraggio viene effettuato attraverso il caricamento degli eventi di sospensione nel cruscotto regionale dei tempi di attesa secondo le modalità già in essere e previste dal PNGLA 2019-2021.

#### **5.4 Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria (ALPI)**

Tale monitoraggio viene effettuato con le cadenze previste dalle linee guida, attraverso il caricamento da parte di ciascuna Azienda sanitaria dei dati di prenotazione nel cruscotto regionale dei tempi di attesa. Una volta effettuata la validazione da parte di ogni singola azienda sanitaria, la regione carica e valida i dati di prenotazione e di erogato nel portale <http://alpi.agenas.it/>.

#### **5.5 Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata accreditata e libera professione) nel sistema CUP**

Tale monitoraggio viene effettuato con modalità condivise con il Gruppo tecnico delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale.

#### **5.6 Monitoraggio siti WEB**

La Regione aggiorna la parte testuale del portale pubblico [www.TdAER.it](http://www.TdAER.it).

Il Piano nazionale prevede lo sviluppo dei sistemi CUP on line in modo che consentano la consultazione in tempo reale dei tempi di attesa relativi a visite o esami in attività istituzionale e in libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. La regione intende adempiere a questa richiesta mediante l'inserimento su TdAER del collegamento a CUPWEB.

### **6. Flusso informativo ASA**

Le esigenze di monitoraggio ex-post impongono alle Aziende sanitarie di prestare particolare attenzione alla tempestività ed alla completezza dei dati inviati nel flusso ASA.

Inoltre, le Aziende dovranno adeguare i sistemi di rilevazione del flusso relativamente al nuovo campo *Tipo Accesso* ed ai gradi di obbligatorietà previsti dal PRGLA. Vediamo le implicazioni su ognuno dei campi interessati:

#### **▪ Tipo Accesso**

nuovo attributo, obbligatorio in prescrizione DEMA dal 1/6/2019.

Viene inserito nel tracciato ASA a partire **dal 1/1/2020**, obbligatorio per tutte le prestazioni erogate in regime SSN

<u>Tipo Accesso</u>	<u>Classe di Priorità</u>
1 = primo accesso	U, B, D, P
0 = accesso successivo	non compilare il campo

Per quanto riguarda il Day Service Ambulatoriale (DSA), essendo una modalità organizzativa/assistenziale tipicamente di presa in carico, si conviene di utilizzare sempre il *Tipo Accesso 0*.

#### **▪ Classe di Priorità**

attualmente deve essere valorizzata per la *Modulistica 1* - SSN (ricetta dematerializzata o rossa) ma il controllo di qualità non scarta il record in caso di assenza dell'informazione.

**La classe di priorità diventa obbligatoria dal 1/1/2020** per tutte le prestazioni in regime SSN con *Tipo Accesso 1*. Da quella data il controllo è scartante.

#### **▪ Bacino di riferimento**

attualmente è obbligatorio per le prestazioni in regime SSN oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa erogate con Modalità di accesso: ordinaria, urgente, urgente differibile, accesso diretto.

Si mantiene l'attuale obbligatorietà, per i primi accessi, adeguando entro luglio 2019 l'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio DGR 603/19 (vedi **ALLEGATO 1**).

Dal 1/1/2020 tale campo sarà obbligatorio per il *Tipo Accesso 1* e per le prestazioni oggetto di monitoraggio DGR 603/19 (vedi **ALLEGATO 1**)

▪ **Data di prenotazione**

attualmente è obbligatoria per *Modalità di accesso* ordinaria, programmata, urgente, urgente differibile, accesso diretto

Dal 1/1/2020 è obbligatoria per *Tipo Accesso 1*. Per la *modalità di accesso 09* (accesso diretto), la data di prenotazione deve coincidere con la data di erogazione.

▪ **Codice SOLE della prestazione**

attualmente è un campo facoltativo e se ne chiede la compilazione per *Modulistica 1 - SSN* (ricetta dematerializzata o rossa) oppure *Modulistica 5 - libero accesso*

Dal 1/1/2020 diventa obbligatorio almeno fino alla quarta cifra del codice SOLE del Catalogo Regionale per tutte le prestazioni erogate in regime SSN, con *Modulistica 1 - SSN* (ricetta dematerializzata o rossa).

▪ **Modalità di accesso**

Dal 1/1/2020 sarà introdotta la nuova codifica, secondo la seguente tabella:

<b>Modalità di accesso</b>	
<b>Codifica attuale</b>	<b>Nuova codifica</b>
01 = ordinario	01 = standard
02 = controllo/programmato	02 = presa in carico
03 = urgente (24h)	01 = standard
04 = urgente differibile (7gg)	01 = standard
05 = day service	05 = day service
07 = screening	07 = screening
09 = accesso diretto	09 = accesso diretto
99 = altro	99 = altro

Ritenendo che possano essere necessari eventuali chiarimenti, si elencano di seguito i recapiti dei collaboratori a cui fare riferimento:

- Ing. Salvatore Urso (Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie) 051/5277564
- Dott.ssa Enrica Garuti (Servizio Assistenza Territoriale) 051/5277306
- Dott.ssa Piera Sanna (Servizio Assistenza Territoriale) 051/5277308

Distinti saluti.

Gandolfo Miserendino  
(F.to digitalmente)

Luca Barbieri  
(F.to digitalmente)