

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 1 di 62

INDICE

1. FINALITA'
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
5. DIAGRAMMA DI FLUSSO
6. RESPONSABILITÀ
7. MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA
8. ARCHIVIAZIONE
9. RIFERIMENTI
10. ALLEGATI

STRUTTURE COMPETENTI PER LA REDAZIONE

-
- Direzione Sanità
-
- Responsabile Unico Assistenza Sanitaria – RUAS Regione Piemonte
-

LISTA DI DISTRIBUZIONE

-
- Dirigenti e funzionari Direzione Sanità
-
- Direzioni Aziende Sanitarie Regionali
-
- Loro tramite alle Direzioni interne e al personale di riferimento
-
-

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 2 di 62

1. FINALITA'

Il governo ed il miglioramento dei tempi e delle liste di attesa è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi consoni, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA.

La Legge 29 luglio 2024, n. 107 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. (24G00125)" individua, tra l'altro, specifiche modalità per il sistemi di verifica e di controllo delle liste e dei tempi di attesa.

In tale contesto è da porre particolare attenzione al rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonche' dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e il controllo sull'avvenuto adempimento anche per quanto riguarda i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio con le specifiche azioni correttive.

Vanno quindi poste in essere azioni articolate al fine di favorire l'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini.

La presente Procedura "Verifica e controllo del rispetto dei criteri di efficienza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi e azioni correttive" viene formalizzata dalla Direzione Sanità nell'ambito delle attività previste per il Responsabile Unico dell'Assistenza Sanitaria (RUAS) in relazione:

- alla DGR n. 29-607/XII del 20.12 2024, n. 29-607 "Decreto Legge 7 giugno 2024, n. 73, coordinato con la Legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107, recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie". Prima attuazione sul territorio regionale e istituzione dell'Unità Centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa",

- e alla D.D. n. 78/A1400B/2025 del 14.02.2025 "D.G.R. n. 29-607/2024/XII del 20.12.2024. Presa d'atto della nomina del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) e istituzione dell'Organismo regionale di verifica e controllo sulle liste e sui tempi di attesa"

La Procedura ha la finalità di:

- verificare il rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonche' dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e il controllo sull'avvenuto adempimento anche per quanto riguarda i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio, con le specifiche azioni correttive;

- descrivere le attività relative alle modalità di verifica e controllo a livello regionale e delle Aziende Sanitarie con modalità omogenee in ambito di liste e di tempi di attesa;

- valutare il livello delle performance delle Aziende Sanitarie Regionali per quanto riguarda i tempi e le liste di attesa;

- ridurre la variabilità nei comportamenti;

- informare e formare il personale;

- documentare le attività effettuate;

- consolidare le azioni correttive di adeguamento e di miglioramento.

Direzione Sanità - Regione Piemonte

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE	Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 3 di 62	

La presente Procedura è immediatamente applicativa ed è suscettibile di modifiche in base alle evoluzioni normative, programmatiche ed organizzative e a seguito delle rilevazioni emerse durante l'iter applicativo. Le nuove versioni aggiornate sono numerate e datate progressivamente e sono formalizzate dalla Direzione Sanità.

La check-list dei requisiti specifici è lo strumento utilizzato in forma omogenea nella attività di verifica e controllo, sia in ambito di autovalutazione e controllo interno aziendale sia in ambito di verifica esterna regionale.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Procedura viene utilizzata nell'ambito delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, per quanto riguarda le funzioni espressamente interessate.

3. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

La procedura è un modo di procedere, una successione dettagliata e logica di azioni tecnico/operative più o meno rigidamente definite, per uniformare attività e comportamenti.

Agenda di prenotazione

Strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite il Centro Unificato di Prenotazione (CUP) e dei ricoveri ospedalieri programmati. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse, possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone

Agenda chiusa

Agenda di prenotazione temporaneamente (o periodicamente) chiusa, ovvero in ogni caso non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. La chiusura delle Agende di prenotazione È vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282).

CUP (Centro Unificato di Prenotazione)

Sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire con efficienza l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.). Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa. Day Service Ambulatoriale (DSA): anche detto Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC) È un modello di assistenza specialistica ambulatoriale usato per gestire casi clinici complessi attraverso l'erogazione di visite, esami strumentali e prestazioni terapeutiche, che coinvolgono più professionisti.

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE	Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 4 di 62	

Piani attuativi aziendali liste attesa

Le Aziende Sanitarie adottano il Piano Attuativo Aziendale, che contempla una serie di interventi per la gestione delle liste di attesa in coerenza con quanto definito in ambito nazionale e regionale.

Inoltre il Piano Attuativo Aziendale indica i percorsi alternativi o le azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.

Il Piano Attuativo Aziendale è disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e viene costantemente aggiornato.

Volumi erogati

I volumi erogati si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate, in un periodo specifico, in attività istituzionale e in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata. I volumi erogati richiesti per l'attività istituzionale e per l'ALPI devono comprendere non solo le prime visite/prestazioni, ma l'insieme totale di esse.

Tempo di attesa per le visite e le prestazioni ambulatoriali

Il tempo di attesa è generalmente definito come:

- il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione. Il tempo di attesa, tuttavia, può essere calcolato ex ante, che indica il tempo prospettato all'utente al momento della prenotazione, ovvero ex post, che indica il tempo effettivo che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione;

In tale ambito è anche da considerare il tempo di presa in carico che intercorre tra il momento della prescrizione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento della prenotazione.

Tempo di attesa per il ricovero programmato:

Il tempo di attesa è generalmente definito come:

- il tempo che intercorre tra una visita specialistica chirurgica, che esita in una diagnosi che pone indicazione clinica ad intervento chirurgico, valutate le condizioni generali del paziente, le sue condizioni (personali e della rete familiare e dei caregiver) nonché la situazione clinico-assistenziale e sociale ed il giorno del ricovero (ordinario o in day hospital);

E' anche da considerare il tempo di presa in carico che intercorre tra la data di registrazione della proposta di ricovero (formulata all'erogatore da parte del MMG/PLS e avallata dal Medico Specialista Ospedaliero, o formulata direttamente da questi), ed il giorno del ricovero (ordinario o in day hospital). Può essere prospettato (esplicitato a priori, con riferimento alla data prevista di ricovero) o effettivo (calcolato a posteriori, con riferimento alla data di effettivo ricovero). Questo tempo non va confuso con il tempo pre-operatorio, ovvero quello che intercorre tra il momento del ricovero e l'esecuzione della procedura/intervento, che non è oggetto del monitoraggio.

Classi di priorità previste dal Piano Nazionale delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono:

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE	Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 5 di 62	

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

Per le prestazioni di ricovero le classi di priorità sono:

- Classe 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;
- Classe 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 da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe 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;
- Classe 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.

Appropriatezza

Come definito nel "Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza" (Ministero della Salute, luglio 2012, cui si rimanda per gli approfondimenti), l'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

RAO (Raggruppamenti d'Attesa Omogenei)

Categorie di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali, i cui contenuti clinici sono definiti in base ad accordi locali (regionali e aziendali) fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti. L'utilizzo dei RAO prevede: (a) l'attribuzione delle priorità anche da parte degli specialisti eroganti le prestazioni; (b) l'analisi della concordanza, rispetto alle classi di priorità assegnate ai singoli casi, tra medici proponenti e specialisti eroganti le prestazioni.

Sito web istituzionale.

Gruppo di pagine web interconnesse "che si pongono come obiettivo prioritario quello di presentare un'istituzione pubblica e promuoverne le attività verso un'utenza generalizzata, descrivendone l'organizzazione, i compiti, i servizi relativi ad atti e procedimenti amministrativi di competenza" [...] "I siti web delle pubbliche amministrazioni, in quanto emanazione e rappresentazione dell'Ente di riferimento che ne ha la responsabilità, devono porsi, come obiettivo primario, quello di concorrere ad affermare il diritto dei cittadini ad un'efficace comunicazione, offrendo all'utenza cui si rivolgono un canale permanente di dialogo con l'istituzione" (Linee guida per i siti web delle P.A. - 2011)

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 6 di 62

Attività libero-professionale intramuraria (ALPI)

(Rif. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27-3-2000, le cui disposizioni, salvo quelle di cui agli articoli 2, 3 e 4, cessano di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina regionale in materia nonché, limitatamente al corretto equilibrio fra attività istituzionale e corrispondente attività libero- professionale, dall'entrata in vigore della disciplina contrattuale nazionale):

Ai sensi dell'art 2 del DPCM 27 3 2000 per attività libero-professionale intramuraria del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario si intende:

- l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day hospital, di day-surgery e di ricovero, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale;
- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale nonché in altra struttura sanitaria non accreditata;
- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le équipe dei servizi interessati;
- le prestazioni richieste, ad integrazione delle attività istituzionali, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenza di organico, in accordo con le équipe interessate.

L'attività libero-professionale intramuraria "allargata" è svolta, previa autorizzazione, presso gli studi professionali, nel rispetto delle norme che regolano l'attività professionale intramuraria e presso strutture private non accreditate dove siano acquisiti spazi sostitutivi. L'atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria ha previsto che "Fino alla realizzazione di strutture e spazi idonei alle necessità connesse allo svolgimento delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale, i direttori generali prevedono specifiche disposizioni transitorie per autorizzare il personale della dirigenza sanitaria a rapporto esclusivo ad utilizzare, senza oneri aggiuntivi a carico dell'azienda sanitaria, studi professionali per lo svolgimento di tale attività, nel rispetto delle norme che regolano l'attività professionale intramurale"(Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000 – articolo 7, comma 3).

Stante la valenza temporale del suddetto art. 7 del dpcm in parola, con DGR 23 aprile 2013, n. 19-5703. Art. 2 D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni nella legge n. 189/2012 sono state approvate le linee guida sull'esercizio della libera professione intramuraria, e anche lo schema di convenzione tra azienda e professionista per lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria presso lo studio privato del professionista.

Infine con Deliberazione della Giunta Regionale 27 marzo 2017, n. 18-4818 "Attività libero professionale intramuraria. Termine del programma sperimentale ex art. 2, comma 1, lett. g) della legge n. 189/2012 di conversione del d.l. n. 158/2012". è stato disposto di porre termine, ai sensi di quanto disposto all' articolo 2, comma 1, lett. g) della legge n.189/2012 di conversione del d.l. n. 158/2012, al programma sperimentale già autorizzato, con D.G.R. n. 19-5703 del 23 aprile 2013, consentendo in via professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete nei limiti e con le modalità di cui alla Legge n. 120/2007 e s.m.i.

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 7 di 62

Qualora dovessero mutare le condizioni che hanno portato all'adozione del programma sperimentale, le singole Aziende dovranno valutare la concreta possibilità di riportare all'interno dei propri spazi tale tipologia di attività, dandone tempestiva comunicazione alla Regione Piemonte permanente ed ordinaria a tutte le Aziende Sanitarie Regionali lo svolgimento dell'attività libero professionale.

L'art. 5, comma 2, lett. e) del DPCM del 27.3.2000, la quale prevede che debba essere comunque garantita una percentuale pari al 5% della massa dei proventi dell'attività libero professionale, al netto delle quote a favore delle aziende, quale fondo aziendale da destinare alla perequazione delle discipline mediche e veterinarie (nonché per i restanti profili professionali del ruolo sanitario sulla base di criteri da individuare nell'ambito della contrattazione aziendale) che abbiano una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria.

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Responsabile Unico Assistenza Sanitaria (RUAS)

Il RUAS e' responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento.

Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare ai sensi del primo periodo e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di cui al presente comma, in tema di regolazione contrattuale degli erogatori.

Con cadenza trimestrale, il RUAS redige e invia all'Organismo un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. Il RUAS procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

Organismo regionale di verifica e controllo delle liste e dei tempi di attesa

L'Organismo regionale di verifica e controllo delle liste e dei tempi di attesa è composto dal coordinatore del gruppo di verifica e dai componenti identificati nei dirigenti e funzionari della Direzione sanità e da altro personale esperto eventualmente individuato dalla Direzione Sanità.

L'Organismo regionale di verifica e controllo delle liste e dei tempi di attesa ha il compito di vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime.

In particolare l'Organismo è incaricato di:

- effettuare le verifiche e i controllo esterni nelle Aziende Sanitarie;
- valutare le performance delle Aziende Sanitarie per quanto riguarda le liste e i tempi di attesa;
- individuare le non conformità e effettuare le segnalazioni alle Aziende Sanitarie;

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE	Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 8 di 62	

- favorire le azioni di adeguamento e di miglioramento;
- predisporre la relazione scritta sulle modalità di effettuazione della verifica medesima, con le eventuali criticità riscontrate e con gli specifici rilievi evidenziati;
- verificare la qualità e l'impatto dei piani aziendali di adeguamento.

Check-list dei requisiti specifici

Si intende la verifica del rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e del controllo sull'avvenuto adempimento anche per quanto riguarda i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio, con le specifiche criticità e le azioni correttive poste in essere.

La check-list dei requisiti specifici è lo strumento utilizzato nella attività di verifica e controllo, sia in ambito di autovalutazione e controllo interno nelle Aziende Sanitarie sia di verifica e controllo esterno regionale.

In generale i requisiti check-list derivano dalle norme nazionali e regionali e relative indicazioni, dalle linee guida e buone pratiche, dai processi e valori degli indicatori in relazione a standard di riferimento nello specifico ambito.

La check list con i requisiti specifici è messa a disposizione della organizzazione oggetto di verifica ed è allegata alla presente Procedura.

Predisposizione del materiale documentale

Le Aziende Sanitarie procedono alla definizione delle modalità di risposta e alla compilazione della check list per quanto riguarda la conformità ai requisiti di riferimento, con le specifiche evidenze ed allegati ed alla predisposizione di un archivio documentale su supporto informatico organizzato e catalogato per le aree e per i singoli requisiti della check list di cui trattasi.

Detto materiale sarà da inviare in formato elettronico a cura delle Direzioni delle Aziende entro i tempi stabiliti dalla Direzione Sanità

Il sistema documentale aziendale oggetto di verifica comprende:

- piani e programmi;
- linee di indirizzo;
- procedure ed istruzioni operative;
- percorsi;
- protocolli;
- relazioni;
- verbali;
- autocertificazioni;
- report;
- ecc.

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 9 di 62

I documenti aziendali utilizzabili sono i seguenti:

- deliberazioni;
- determinazioni;
- note protocollate;
- ecc.

Conformità ai requisiti

Ogni requisito viene in primo luogo classificato come:

- NA: non applicabile;
- NP: non pertinente;
- NV: non valutabile.

La conformità ai requisiti è da considerare come l'aderenza a norme nazionali e regionali e relative indicazioni, linee guida e buone pratiche, processi e valori degli indicatori in relazione a standard di riferimento nello specifico ed è in relazione al funzionamento del sistema di gestione o alla qualità finale del servizio, come indicati nella specifica check list di riferimento.

La verifica di conformità è uno strumento fondamentale con cui si possono evidenziare e formalizzare le criticità della organizzazione.

Le evidenze sono le prove che supportano la conformità/non conformità ai requisiti.

La conformità viene verificata tramite "evidenze" oggettive che si raccolgono per mezzo di analisi di documenti, osservazione di come vengono svolte i processi e le attività, colloqui con il personale, ecc..

Gli allegati costituiscono il materiale di riferimento al fine della verifica.

La conformità ai requisiti viene classificata, in base alla situazione riscontrata come:

- No: non conforme;
- In parte: parzialmente conforme;
- Si: conforme.

Classificazione delle non conformità

Le non conformità sono classificate in:

- non conformità maggiori: mancato soddisfacimento di un requisito che non risulta coerente con le norme o le buone prassi di riferimento o che può pregiudicare il funzionamento del sistema di gestione o la qualità finale del servizio SI/NO;
- non conformità minori: mancato soddisfacimento di un requisito che non pregiudica il funzionamento del sistema di gestione o la qualità finale del servizio SI/NO.

Nel campo specifico si andrà quindi a classificare le criticità riscontrate nella seguente modalità

Tipologia di rilievo	Classificazione
----------------------	-----------------

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 10 di 62

Conforme (NO, IN PARTE, SI)	La conformità può presentare delle raccomandazioni o prescrizioni
Non conforme	La non conformità può essere maggiore o minore e può presentare delle raccomandazioni

Le non conformità rilevate dall'Organismo di verifica e controllo sono esaminate e discusse con la Direzione dell'Azienda Sanitaria Regionale al fine della loro conferma o rimodulazione.

In caso di situazioni specifiche l'Organismo di verifica e controllo richiede alla Azienda Sanitaria verificata altra documentazione integrativa utile alle esigenze informative del caso. L'Azienda Sanitaria trasmette il materiale alla Direzione Sanità entro i tempi stabiliti.

Autovalutazione aziendale e controlli interni

L'autovalutazione è una attività effettuata dall'Azienda Sanitaria sulla propria organizzazione di un predeterminato modello di riferimento nell'ambito delle attività di controllo interno, allo scopo di verificare la conformità ai requisiti per pianificare e sviluppare le successive attività di adeguamento e di miglioramento.

Le autovalutazioni vengono effettuate dal personale interno della Struttura che risponde alla check list di riferimento e costituiscono una modalità per verificare l'adesione ai requisiti medesimi.

L'autovalutazione è la base delle azioni di adeguamento, pianificate e monitorate nel tempo per verificarne l'andamento e l'impatto sulla organizzazione.

Il sistema di controllo interno può essere definito come l'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire, attraverso un adeguato processo di identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei principali rischi, in coerenza con gli obiettivi prefissati.

Pianificazione della verifica esterna regionale

La verifica esterna regionale si configura come un "Audit di organi competenti" per quanto riguarda la verifica e il controllo della conformità della organizzazione ai requisiti individuati.

La verifica viene pianificata, nel senso che sono determinate preventivamente come la verifica si svolge, il suo campo di applicazione, le responsabilità, le modalità operative, ecc.

La verifica esterna viene condotta dall'Organismo Regionale di Verifica della Direzione Sanità in primo luogo sul materiale documentale predisposto e trasmesso dalle Aziende Sanitarie alla Direzione Sanità su specifica richiesta e viene quindi approfondita con le interlocuzioni tra l'Organismo Regionale di Verifica e la Direzione delle Aziende Sanitarie e con incontri che si svolgono presso la Direzione Sanità e/o presso la sede delle Aziende Sanitarie Regionali o in modalità online.

Effettuazione della verifica esterna regionale

La verifica esterna da parte dell'Organismo regionale di verifica e controllo inizia con una riunione di apertura e termina con la redazione di un verbale di verifica.

Le verifiche esterne hanno come focus i seguenti ambiti:

- completezza e coerenza del materiale documentale;

Direzione Sanità - Regione Piemonte

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 11 di 62

- modalità di risposta e compilazione della check list di riferimento;
- evidenze ed allegati a supporto della aderenza al requisito;
- livello di aderenza ai requisiti e non conformità minori e maggiori;
- valori osservati degli indicatori di struttura, processo e risultato in rapporto agli standard definiti;
- performance delle Aziende Sanitarie in tema di liste e di tempi di attesa;
- azioni correttive messe in atto;
- ecc.

In linea generale sono possibili diverse modalità per raccogliere evidenze a livello aziendale durante una verifica:

- analisi dei documenti e delle registrazioni;
- analisi dei report con indicatori in rapporto agli standard definiti;
- verifica diretta dei processi durante il loro svolgimento;
- intervista del personale;
- ecc.

Alle verifiche esterne regionali partecipano in presenza al massimo cinque rappresentanti dell'ASR in analisi e obbligatoriamente almeno un rappresentante della Direzione Generale (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo).

Esito della verifica esterna

La verifica esterna viene conclusa con il verbale della verifica compiuta e con la relazione sulla verifica, sottoscritta dai Dirigenti e Funzionari che vi hanno partecipato.

Piano aziendale di adeguamento e azioni correttive

In relazione alle non conformità evidenziate nella fase di verifica, viene quindi attuata dalla Azienda Sanitaria Regionale la gestione delle non conformità e pianificato a livello aziendale il "Piano di adeguamento", nel quale sono riportati:

- gli obiettivi;
- le azioni correttive di adeguamento da effettuare, con tempi e personale responsabile/referente;
- i risultati raggiunti

Il piano di miglioramento viene schematizzato attraverso il diagramma di Gantt, come di seguito esplicitato a titolo esemplificativo.

	Obiettivi	Azioni	Tempi	Responsabili, referenti coinvolti
1				

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 12 di 62

2				
3				
4				
Ecc.				

Tabella. Esempio di diagramma di Gantt

Il “Piano di adeguamento” è da inviare da parte della Azienda Sanitaria nei tempi richiesti alla Direzione Sanità.

Monitoraggio

A seguito dello sviluppo delle azioni del Piano di adeguamento si procede con il monitoraggio e con la ripresa del ciclo in funzione del miglioramento continuo.

Il monitoraggio è un'analisi compiuta a intervalli regolari da parte della Direzione Sanità e della Direzione della Azienda Sanitaria per verificare se le azioni sono state effettuate e gli obiettivi di adeguamento sono stati raggiunti e per valutare come correggere le azioni nel caso in cui non lo siano.

In tale ambito si può procedere anche con una nuova verifica esterna condotta su tutti i requisiti o solo alcuni in base alle criticità presenti.

Con il monitoraggio vengono consolidati i piani di miglioramento, volti a correggere, oppure a prevenire, le carenze riscontrate.

Al termine della riunione di monitoraggio si procede alla redazione della “relazione di monitoraggio”.

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 13 di 62

5. DIAGRAMMA DI FLUSSO

Il seguente diagramma di flusso illustra (in senso generico) lo svolgimento delle attività.

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 14 di 62

6. RESPONSABILITÀ

Sono definite le responsabilità di seguito illustrate.

Attività	Direzione sanità	ASR	
Pianificazione della verifica	R		
Predisposizione del materiale documentale		R	
Autovalutazione aziendale		R	
Verifica esterna regionale	R	C	
Piano di adeguamento		R	
Monitoraggio	R	R	

R) responsabile C) collaboratore

7. RIFERIMENTI

I principali riferimenti sono i seguenti:

- il D Lgs 30 luglio 1999, n. 286 “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59

- l'Intesa ai sensi dell'art.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 d'Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266”

- il DL 14 agosto 2020, n. 104 “Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia”, che reca le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa

- il DL 25 maggio 2021 , n. 73. Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali” Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse

- l'Intesa Stato-Regioni il 21 febbraio 2019. “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021

- l'Accordo Stato - Regioni del 7.8.2023 “Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione”

- la Legge 29 luglio 2024, n. 107. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. (24G00125)

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE	Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 15 di 62	

- la DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017, titulata "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...] e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017

- la DGR 23 settembre 2020, n. 2-1980, titulata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2"

- la DGR n. 22-3690 del 06.08.2021 "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980" con la quale si è disposto per l'aggiornamento del Piano di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni fornite nel D.L. 73/2021 sopra citato

- la DGR n. 48-4605 del 28.01.2022 "Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, a norma dell'art. 1, commi 276 e seguenti, della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024"

- la DGR n. 4-4878 del 14.04.2022 "Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso

- la DGR 22 Maggio 2023, n. 20-6920- Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022

- la DGR 20 novembre 2023, n. 16-7729 Definizione delle ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali. Integrazioni alle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni

- la DGR 4 marzo 2024, n. 9-8256 D.L. 14 agosto 2020, n. 104, conv. in L. 13 ottobre 2020 n. 126. "Aggiornamento Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa: prime indicazioni per l'anno 2024"

- la DGR 4 ottobre 2024, n. 28-238 "L.R. n. 26 del 26/10/2021. Assegnazione ad Azienda Zero delle funzioni di gestione e organizzazione dei centri di prenotazione del SSR. Indirizzi alle Aziende Sanitarie e ad Azienda Zero in ordine al processo di avvio, realizzazione e gestione del nuovo Centro Unico di Prenotazione Regionale (NCUP). Assegnazione delle risorse complessive quinquennali pari ad euro 10.000.000,00 capitolo bilancio"

- la Nota della Direzione Sanità N. Prot. 00012405 del 05/12/2023 avente per Oggetto: "Trasmissione Linee di indirizzo per il miglioramento dell'appropriatezza delle visite e delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali" e corso di formazione

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 16 di 62

- la DD 1954/A1400B/2023 DEL 21/12/2023 “Approvazione delle “Linee di indirizzo per il percorso chirurgico nella Regione Piemonte”
- la DD 1955/A1400B/2023 del 21.12.2023 “Approvazione del Manuale metodologico “Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostico-Terapeutici Assistenziali
- la DGR 10 giugno 2024, n. 18-8752 Presa d'atto del Protocollo di intesa tra Regione Piemonte e CGIL, CISL, UIL Piemonte sulla riduzione delle liste di attesa. Approvazione prima fase di recepimento
- la DGR n. 19 -5703 del 23 aprile 2013 “.Approvazione linee – guida sull’esercizio della libera – professione intramuraria”
- la DGR n. 20-1086 del 23 febbraio 2015 concernente 'Indicazioni vincolanti alle Aziende del S.S.R. finalizzate alla realizzazione di un’infrastruttura di rete ed all’utilizzo di un idoneo applicativo in conformità al D.M. del Ministero della Salute del 21 febbraio 2013”
- la DGR 27 marzo 2017, n. 18-4818 “Attività libero professionale intramoenia. Termine del programma sperimentale ex art. 2, comma 1, lett. g) della legge n. 189/2012 di conversione del d.l. n. 158/2012”
- la DGR 29 dicembre 2020, n. 22-2702 “Costituzione della Commissione Paritetica Regionale per l'A.L.P.I. del personale del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 3, comma 3, dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni del 18 novembre 2010 concernente l'attività libero-professionale della Dirigenza dell'Area Sanita' del Servizio Sanitario Regionale”
- la DGR n. 5-3734 del 3.9.2021, “Recepimento verbale di confronto 8.07.2021 con le OOSS Dirigenza Area Sanita' (...) Allegato - “Lett d) Criteri generali per l’inserimento, nei regolamenti aziendali sulla liberaprofessione di norme idonee a garantire che l’esercizio della libera professione sia modulato in conformità alle vigenti disposizioni di legge in materia”
- la DGR 29 dicembre 2023, n. 11-8042 “Libera Professione Intramuraria (ALPI) della Dirigenza Sanitaria del SSR a rapporto esclusivo – Modifica della DGR n. 5-3734 del 3.9.2021, Allegato A lett. d) – Approvazione di Linee guida regionali in materia di libera professione intramuraria della dirigenza Area Sanità per la definizione o l’aggiornamento del regolamento aziendale ALPI-Approvazione schema tipo di regolamento ALPI”
- la DGR n. 29-607/XII del 20.12.2024, n. 29-607 “Decreto Legge 7 giugno 2024, n. 73, coordinato con la Legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107, recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie". Prima attuazione sul territorio regionale e istituzione dell'Unità Centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa”
- la D.D. n. 78/A1400B/2025 del 14.02.2025, titolata “D.G.R. n. 29-607/2024/XII del 20.12.2024. Presa d’atto della nomina del Responsabile unico regionale dell’assistenza sanitaria (RUAS) e istituzione dell’Organismo regionale di verifica e controllo sulle liste e sui tempi di attesa

8. ARCHIVIAZIONE

Il sistema d’archiviazione deve permettere una rapida identificazione e reperibilità dei documenti originali per la loro consultazione.

Le informazioni da archiviare possono essere su supporto cartaceo e/o su supporto informatico.

Le varie copie emesse dei documenti vengono mantenute presso l'area di lavoro in cui sono necessari,

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 17 di 62

I documenti dei lavori dell'Organismo e la documentazione raccolta e utilizzata nel corso delle procedure di verifica sono conservati agli atti relazione alla corretta tenuta e conservazione. Per natura e contenuto, tale documentazione è riservata. La diffusione del suo contenuto o il rilascio di copia della medesima può avvenire soltanto previa autorizzazione nel rispetto della normativa di cui al D. Lgs. 196/03 e s.m.i.

L'intera attività deve essere compiuta nel rispetto dei limiti dettati dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e R.G.P.D. 2106/679.

L'Azienda Sanitaria predispone l'archivio documentale su supporto informatico organizzato e catalogato per le aree e per i singoli requisiti della check list e contenente le modalità di risposta, con le specifiche evidenze ed allegati.

9. MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA

La modalità di verifica dell'applicazione della presente procedura prevede l'utilizzo di specifici criteri/indicatori e dei relativi standard su aspetti prioritari delle attività descritte.

Per ogni indicatore sono definiti i relativi standard, i dati elementari e le modalità di raccolta degli stessi; si procede quindi alla definizione del valore osservato nel tempo di riferimento e all'analisi degli scostamenti rispetto allo standard.

Indicatore	Standard	Valore osservato nel tempo
Numero di autovalutazioni effettuate dalle Aziende sanitarie	Empirico	
Numero di verifiche esterne effettuate dalla Direzione Sanità	Empirico	
Numero di non conformità rilevate per ASR	Empirico	
Numero di relazioni di verifica esterna della Direzione Sanità formalizzate	Empirico	
Numero di piani di adeguamento della ASR	Empirico	
Numero di rapporti di monitoraggio per ASR	Empirico	
Valori rilevati degli indicatori di struttura, processo e risultato in rapporto con gli standard	Specifico per tipologia	

 REGIONE PIEMONTE Direzione Sanità	PROCEDURA	PRO_01	
VERIFICA E CONTROLLO DEI CRITERI DI EFFICIENZA NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SUL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E AZIONI CORRETTIVE		Rev. 1 Data 01.03.25	Pagina 18 di 62

10. ALLEGATI

Gli allegati sono i seguenti:

Check list “Verifica e controllo del rispetto dei criteri di efficienza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi e azioni correttive”.

La check list è suddivisa nelle seguenti aree:

1. Sistema documentale e di archiviazione
2. Governance, rispetto dei criteri di efficienza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e piani operativi
3. Modalità prescrittive delle prestazioni
4. Prenotazioni CUP e agende e corretto funzionamento del sistema di gestione liste di attesa
5. Attività ambulatoriale e percorsi
6. Attività chirurgica e percorsi
7. Risorse, personale, strutture e attrezzature
8. Committenza
9. Comunicazione e siti web
10. Appropriatelyzza
11. Libera professione
12. Monitoraggio e controllo dell’attuazione e del raggiungimento degli obiettivi
13. Azioni correttive e performance