

**“Programma Regionale per il Governo  
delle liste di attesa di Specialistica  
Ambulatoriale e di Ricovero  
per il triennio 2019-2021”**

## INDICE

|            |  |             |           |
|------------|--|-------------|-----------|
| <b>1.</b>  | <b>IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA: LA PROPOSTA OPERATIVA PER IL PERIODO 2019 – 2021</b>                        | <b>PAG.</b> | <b>3</b>  |
| <b>2.</b>  | <b>IL SISTEMA DI GOVERNANCE</b>  | <b>PAG.</b> | <b>5</b>  |
| <b>3.</b>  | <b>IL MODELLO OPERATIVO</b>  | <b>PAG.</b> | <b>6</b>  |
| 3.1        | Prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio  | pag.        | 6         |
| 3.2        | Primo Accesso e Altri Accessi (Secondo e Successivi)   | pag.        | 8         |
| 3.2.1      | Prestazioni di primo accesso   | pag.        | 9         |
| 3.2.2      | Prestazioni di altro accesso (secondo e successivi)  | pag.        | 10        |
| 3.3        | Modalità di prescrizione   | pag.        | 10        |
| 3.4        | Prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio  | pag.        | 13        |
| 3.5        | Prestazioni inserite in percorsi diagnostici terapeutici assistenziale   | pag.        | 15        |
| 3.6        | Ambiti territoriali di bilanciamento della domanda e dell'offerta in funzione del rispetto dei tempi di attesa | pag.        | 16        |
| <b>4.</b>  | <b>I RUOLI A LIVELLO REGIONALE E AZIENDALE</b>   | <b>PAG.</b> | <b>17</b> |
| 4.1        | Il ruolo regionale ed il Gruppo di Coordinamento del Programma Operativo regionale                             | pag.        | 17        |
| 4.2        | Il ruolo Sovra-aziendale   | pag.        | 20        |
| 4.3        | Il ruolo dell'Azienda Sanitaria Regionale  | pag.        | 20        |
| 4.4        | Il ruolo degli erogatori (pubblici e privati)  | pag.        | 22        |
| 4.5        | Il ruolo dei professionisti  | pag.        | 22        |
| 4.6        | Il ruolo dei cittadini   | pag.        | 23        |
| 4.7        | Integrazione dei ruoli   | pag.        | 24        |
| <b>5.</b>  | <b>LE AZIONI SULLA DOMANDA</b>   | <b>PAG.</b> | <b>24</b> |
| 5.1        | Appropriatezza Prescrittiva  | pag.        | 24        |
| 5.2        | Comunicazione e sensibilizzazione dei cittadini  | pag.        | 25        |
| <b>6.</b>  | <b>LE AZIONI SULLA OFFERTA</b>   | <b>PAG.</b> | <b>26</b> |
| 6.1        | Modelli organizzativi aziendali  | pag.        | 26        |
| 6.2        | Gestione e Integrazione delle Agende Ambulatoriali   | pag.        | 26        |
| 6.3        | Il nuovo Cup Regionale   | pag.        | 28        |
| <b>7.</b>  | <b>LE RISORSE UMANE E GLI STRUMENTI DI GESTIONE</b>  | <b>PAG.</b> | <b>29</b> |
| 7.1        | Risorse Umane  | pag.        | 29        |
| 7.2        | Libera Professione Intramoenia   | pag.        | 29        |
| 7.3        | Rinegoziazioni delle Tipologie e Quantità di Prestazioni Erogate dalle Strutture Private Convenzionate         | pag.        | 31        |
| 7.4        | Altro  |             | 31        |
| <b>8.</b>  | <b>I PROGETTI SPECIFICI</b>  | <b>PAG.</b> | <b>32</b> |
| <b>9.</b>  | <b>IL MONITORAGGIO</b>   | <b>PAG.</b> | <b>32</b> |
| <b>10.</b> | <b>SINTESI</b>   | <b>PAG.</b> | <b>33</b> |

## 1. IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA: LA PROPOSTA OPERATIVA PER IL PERIODO 2019 – 2021

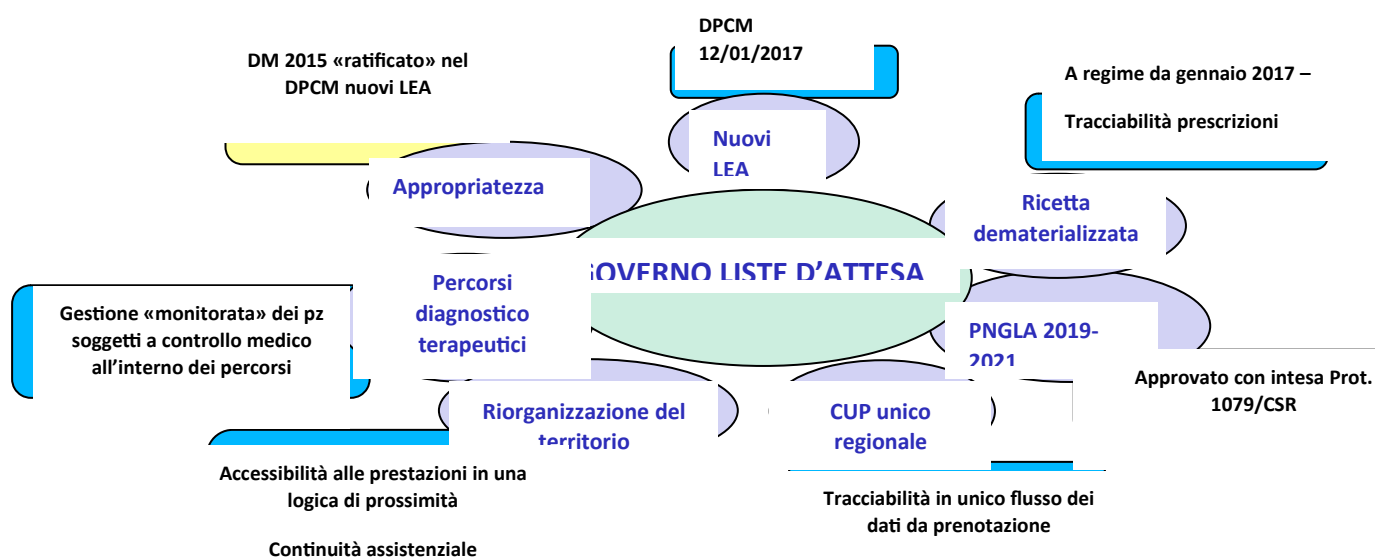
I nuovi modelli di gestione delle Aziende Sanitarie comportano la riorganizzazione complessiva delle modalità erogative delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, superando la frammentazione dei percorsi di diagnosi e di cura ed assicurando modalità coerenti di presa in carico per garantire la continuità nell'accesso alle Strutture sanitarie.

Il presente “Programma Regionale per il Governo delle Liste di Attesa delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero per il triennio 2019-2021” si propone di definire un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, per garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di specifici criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e la disponibilità diffusa delle informazioni da parte dei cittadini.

Peraltro, l'analisi del fenomeno “liste di attesa” in atto a livello nazionale ed a livello regionale da diversi anni, il suo mutamento progressivo - anche in considerazione del variare della domanda e degli assetti erogativi nel SSR e la possibilità di utilizzare buone pratiche già in corso- consentono oggi di fornire alle aziende sanitarie alcune indicazioni operative sulla base delle quali produrre, come espressione della programmazione aziendale, dei piani di miglioramento capaci di incidere rapidamente su aspetti rilevanti per i cittadini in termini di accessibilità e valorizzazione, anche professionale, delle prestazioni specialistiche erogate nell'ambito del SSR.

È utile anche ricordare che il tema non trova risposta gestionale in un'unica azione risolutiva ma deve essere affrontato secondo una logica sistemica, agendo a livello programmatico e operativo su più livelli.

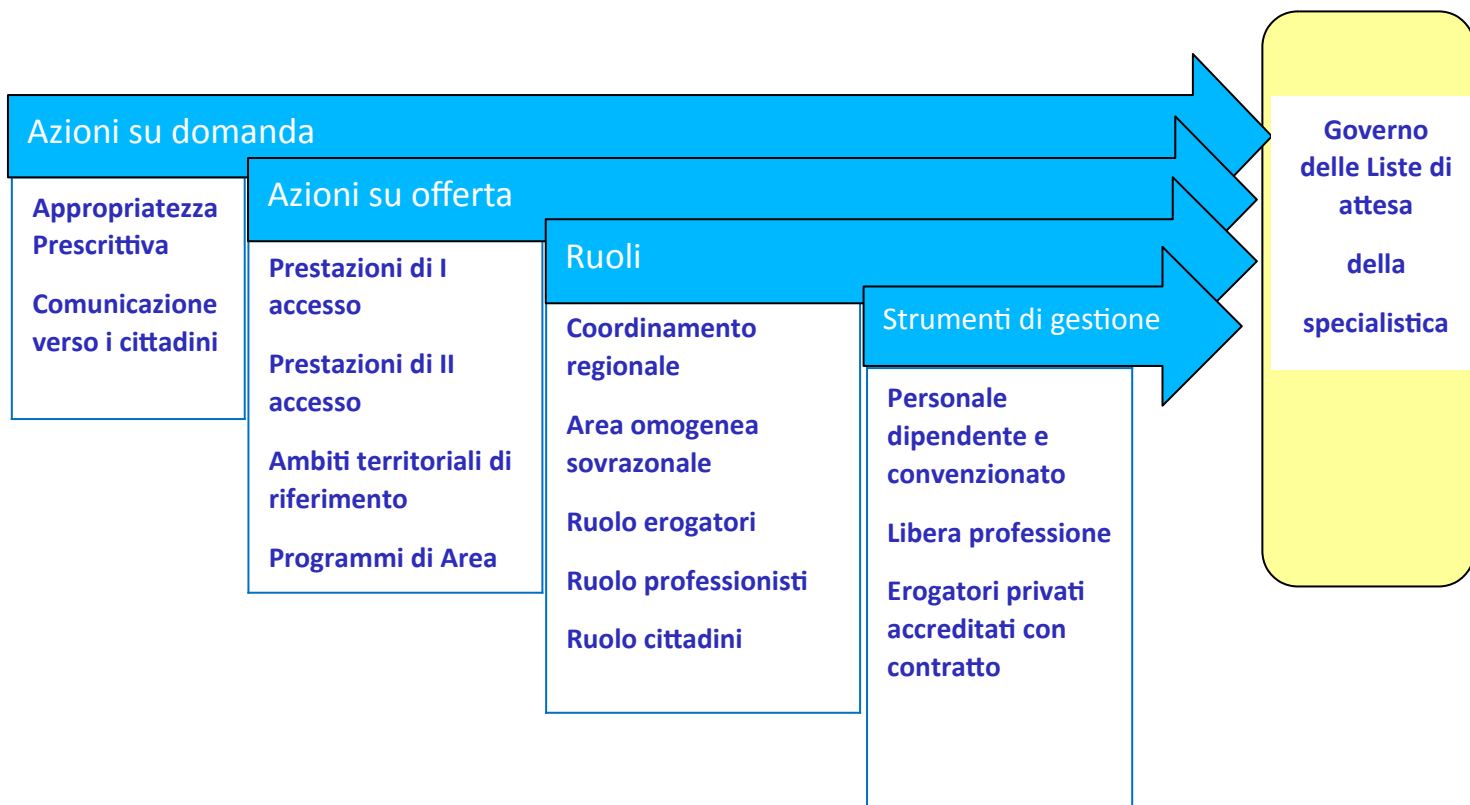
Nella figura seguente sono sintetizzati i principali elementi di rilievo del contesto nazionale e regionale.



**Figura 1. Fattori di contesto che rilevano nella gestione delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale**

Nel presente Documento sono anche definiti gli indirizzi operativi e gli strumenti di gestione da consolidare e mettere in campo dalla Regione Piemonte per il triennio 2019-2021, per il governo delle liste di attesa.

La figura 2 descrive l'articolazione degli interventi come esposti nel presente allegato.



**Figura 2. Sintesi del modello operativo e delle linee di intervento**

In tale contesto deve essere anche sottolineato che lo sviluppo del Piano Regionale Cronicità nelle varie realtà aziendali, potrà comportare un consolidamento del modello di gestione dei tempi di attesa, in relazione all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) di riferimento.

## 2. IL SISTEMA DI GOVERNANCE

Al fine di rispondere nei tempi e nei setting appropriati e secondo priorità cliniche, è necessario sviluppare un livello di governance della Direzione Sanità, che tenga conto della domanda e dell'offerta complessiva disponibile e che sia riportato vero le Aziende Sanitarie regionali.

Nel quadro delineato, l'Azienda Sanitaria Locale svolge appieno il proprio ruolo di committenza e di tutela della propria popolazione; l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda Ospedaliero Universitaria, nello stesso modo, svolgono il proprio ruolo di produzione di prestazioni sanitarie, garantendo l'erogazione delle stesse, nel rispetto dei tempi di attesa, a protezione ed in attuazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, svolgendo le attività deputate, di cui sono direttamente responsabili.

Le Aziende Sanitarie regionali, ognuna per il proprio ambito di competenza, operano all'interno del modello di riferimento, individuato nelle "Aree Omogenee di Programmazione" ex DM 70/2015 (così come identificate con D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, e modificate alla luce del fatto che con D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016 è stata approvata l'unificazione delle AA.SS.LL. TO1 e TO2, identificate quali ASL unica, denominata "Asl Città di Torino"), coordinate dalle Direzioni sanitarie aziendali e capaci di soddisfare le esigenze specialistiche negli ambiti in cui sono articolate le Aziende Sanitarie regionali.

Di seguito vengono dettagliate le cinque Aree Omogenee di Programmazione:

**Area Omogenea Torino:** ASL Città di Torino, ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino

**Area Omogenea Torino Ovest:** ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino

**Area Omogenea Piemonte Sud Ovest:** ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo

**Area Omogenea Piemonte Nord Est:** ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara

**Area Omogenea Piemonte Sud Est:** ASL AL, ASL AT, AO SS.Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

Presso la Direzione Sanità si istituisce il coordinamento operativo regionale per il governo dei tempi di attesa, con la definizione dei ruoli e delle funzioni da attuare a livello aziendale.

Specialisti ospedalieri, specialisti ambulatoriali del pubblico e attività specialistiche del privato accreditato convenzionato costituiscono un unico bacino dell'offerta specialistica, rispondono ad una governance unitaria, utilizzano sistemi di prenotazione unici e gestione di percorsi integrati e funzionalmente collegati.

Nel perseguimento degli obiettivi acquisiscono un significativo livello di responsabilità naturalmente anche i cittadini, in quanto fruitori dei Servizi e destinatari delle azioni progettuali.

### 3. IL MODELLO OPERATIVO

Il modello operativo da strutturare si riferisce in particolare alle tipologie di prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto di monitoraggio, ai livelli di priorità cliniche, ai primi accessi e agli accessi successivi e alla valutazione di appropriatezza conseguente.

Sono considerate le modalità per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, nonché l'utilizzo delle Classi di priorità, del quesito diagnostico e l'identificazione di primo o accesso successivo; i sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita per orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi nel contesto di specifici PDTA.

#### 3.1. Prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio

Di seguito sono presentate le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio.

Nell'Appendice al presente documento sono riportati i Codici del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio di cui alla D.D. n. 186 del 13.03.2019.

#### VISITE SPECIALISTICHE

| Numero | Prestazione                        | Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012 | Codice branca nuovi LEA | Codice nuovi LEA | Codice branca regionale | Codice Nomenclatore Regionale |
|--------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 1      | Prima Visita cardiologica          | 89.7                                  | 02                      | 89.7A.3          | 08                      | 89.7                          |
| 2      | Prima Visita chirurgia vascolare   | 89.7                                  | 05                      | 89.7A.6          | 14                      | 89.7                          |
| 3      | Prima Visita endocrinologica       | 89.7                                  | 09                      | 89.7A.8          | 19                      | 89.7                          |
| 4      | Prima Visita neurologica           | 89.13                                 | 15                      | 89.13            | 32                      | 89.13                         |
| 5      | Prima Visita oculistica            | 95.02                                 | 16                      | 95.02            | 34                      | 95.02                         |
| 6      | Prima Visita ortopedica            | 89.7                                  | 19                      | 89.7B.7          | 36                      | 89.7                          |
| 7      | Prima Visita ginecologica          | 89.26                                 | 20                      | 89.26.1          | 37                      | 89.26                         |
| 8      | Prima Visita otorinolaringoiatrica | 89.7                                  | 21                      | 89.7B.8          | 38                      | 89.7                          |
| 9      | Prima Visita urologica             | 89.7                                  | 25                      | 89.7C.2          | 43                      | 89.7                          |
| 10     | Prima Visita dermatologica         | 89.7                                  | 27                      | 89.7A.7          | 52                      | 89.7                          |
| 11     | Prima Visita fisiatrica            | 89.7                                  | 12                      | 89.7B.2          | 56                      | 89.7                          |
| 12     | Prima Visita gastroenterologica    | 89.7                                  | 10                      | 89.7A.9          | 58                      | 89.7                          |
| 13     | Prima Visita oncologica            | 89.7                                  | 18                      | 89.7B.6          | 64                      | 89.7                          |
| 14     | Prima Visita pneumologica          | 89.7                                  | 22                      | 89.7B.9          | 68                      | 89.7                          |

PRESTAZIONI STRUMENTALI

| Numero | Prestazione   | Codice No-<br>menclatore<br>Nazionale DM<br>2012 | Codice nuovi<br>LEA | Codice No-<br>menclatore<br>Regionale |
|--------|---|--|---------------------|---------------------------------------|
| 15     | Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale  | 87.37.1  | 87.37.1             | 87.37.1                               |
| 16     | Mammografia monolaterale  | 87.37.2  | 87.37.2             | 87.37.2                               |
| 17     | TC del Torace   | 87.41  | 87.41               | 87.41                                 |
| 18     | TC del Torace con MCD senza e con MCD   | 87.41.1  | 87.41.1             | 87.41.1                               |
| 19     | TC dell'addome superiore  | 88.01.1  | 88.01.1             | 88.01.1                               |
| 20     | TC dell'addome superiore senza e con MDC  | 88.01.2  | 88.01.2             | 88.01.2                               |
| 21     | TC dell'Addome inferiore  | 88.01.3  | 88.01.3             | 88.01.3                               |
| 22     | TC dell'addome inferiore senza e con MDC  | 88.01.4  | 88.01.4             | 88.01.4                               |
| 23     | TC dell'addome completo   | 88.01.5  | 88.01.5             | 88.01.5                               |
| 24     | TC dell'addome completo senza e con   | 88.01.6  | 88.01.6             | 88.01.6                               |
| 25     | TC Cranio – encefalo  | 87.03  | 87.03               | 87.03                                 |
| 26     | TC Cranio – encefalo senza e con MDC  | 87.03.1  | 87.03.1             | 87.03.1                               |
| 27     | TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale   | 88.38.1  | 88.38.A             | 88.38.1                               |
| 28     | TC del rachide e dello speco vertebrale toracico  | 88.38.1  | 88.38.B             | 88.38.1                               |
| 29     | TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale  | 88.38.1  | 88.38.C             | 88.38.1                               |
| 30     | TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC   | 88.38.2  | 88.38.D             | 88.38.2                               |
| 31     | TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC  | 88.38.2  | 88.38.E             | 88.38.2                               |
| 32     | TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC  | 88.38.2  | 88.38.F             | 88.38.2                               |
| 33     | TC di Bacino e articolazioni sacroiliache   | 88.38.5  | 88.38.5             | 88.38.5                               |
| 34     | RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare                 | 88.91.1  | 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             | 88.91.2                               |
| 36     | RM di addome inferiore e scavo pelvico  | 88.95.4  | 88.95.4             | 88.95.4                               |
| 37     | RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC  | 88.95.5  | 88.95.5             | 88.95.5                               |
| 38     | RM della colonna in toto  | 88.93  | 88.93.6             | 88.93                                 |
| 39     | RM della colonna in toto senza e con MDC  | 88.93.1  | 88.93.B             | 88.93.1                               |
| 40     | Diagnostica ecografica del capo e del collo   | 88.71.4  | 88.71.4             | 88.71.4                               |
| 41     | Eco (color) dopplergrafia cardiaca  | 88.72.3  | 88.72.3             | 88.72.6                               |
| 42     | Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici  | 88.73.5  | 88.73.5             | 88.73.5                               |
| 43     | Ecografia dell'addome superiore   | 88.74.1  | 88.74.1             | 88.74.1                               |
| 44     | Ecografia dell'addome inferiore   | 88.75.1  | 88.75.1             | 88.75.1                               |
| 45     | Ecografia dell'addome completo  | 88.76.1  | 88.76.1             | 88.76.1                               |
| 46     | Ecografia bilaterale della mammella   | 88.73.1  | 88.73.1             | 88.73.1                               |
| 47     | Ecografia monolaterale della mammella   | 88.73.2  | 88.73.2             | 88.73.2                               |
| 48     | Ecografia ostetrica   | 88.78  | 88.78               | 88.78                                 |
| 49     | Ecografia ginecologica  | 88.78.2  | 88.78.2             | 88.78.2                               |
| 50     | Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso   | 88.77.2  | 88.77.4 88.77.5     | 88.77.2                               |

| <b>Altri esami Specialistici</b> |   |         |                     |         |
|----------------------------------|---|---------|---------------------|---------|
| <b>51</b>                        | Colonscopia totale con endoscopio flessibile  | 45.23   | 45.23               | 45.23   |
| <b>52</b>                        | Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica  | 45.42   | 45.42               | 45.42   |
| <b>53</b>                        | Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile   | 45.24   | 45.24               | 45.24   |
| <b>54</b>                        | Esofagogastroduodenoscopia  | 45.13   | 45.13               | 45.13   |
| <b>55</b>                        | Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica  | 45.16   | 45.16.1,<br>45.16.2 | 45.13   |
| <b>56</b>                        | Elettrocardiogramma   | 89.52   | 89.52               | 89.52   |
| <b>57</b>                        | Elettrocardiogramma dinamico (Holter)   | 89.50   | 89.50               | 89.50   |
| <b>58</b>                        | Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile   | 89.41   | 89.41               | 89.41   |
| <b>59</b>                        | Altri test cardiovascolari da sforzo  | 89.44   | 89.44, 89.41        | 89.44   |
| <b>60</b>                        | Esame audiometrico tonale   | 95.41.1 | 95.41.1             | 95.41.1 |
| <b>61</b>                        | Spirometria semplice  | 89.37.1 | 89.37.1             | 89.37.1 |
| <b>62</b>                        | Spirometria globale   | 89.37.2 | 89.37.2             | 89.37.2 |
| <b>63</b>                        | Fotografia del fundus   | 95.11   | 95.11               | 95.11   |
| <b>64</b>                        | 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             | 93.08.1 |
| <b>65</b>                        | 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             | 93.08.1 |
| <b>66</b>                        | 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             | 93.08.1 |
| <b>67</b>                        | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli   | 93.08.1 | 93.08.D             | 93.08.1 |
| <b>68</b>                        | 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             | 93.08.1 |
| <b>69</b>                        | EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)  | 93.08.1 | 93.08.G             | 93.08.1 |

### 3.2. Primo Accesso e Altri Accessi (Secondo e Successivi)

La distinzione tra **Primo Accesso** e **Altri Accessi (Secondo e Successivi)** è individuata dal sospetto/quesito diagnostico (sospetto/quesito diagnostico nuovo, per il Primo Accesso; quadro diagnostico conosciuto per gli Altri Accessi – Secondo e Successivi), secondo le indicazioni dettagliate al successivo punto 3.3 “Modalità di prescrizione”.



### 3.2.1 Prestazioni di primo accesso

Il meccanismo necessario per soddisfare le richieste di specialistica ambulatoriale che quotidianamente vengono espresse nell'ambito di primi contatti, generati prevalentemente dal sistema di cure primarie, passa obbligatoriamente attraverso il bilanciamento della domanda con l'offerta, oltre al perseguimento dell'aderenza ai criteri di appropriatezza.

Pertanto, la definizione del Programmi di Area Omogenea di Programmazione da mettere in atto, deve tener conto delle risorse presenti a livello di ogni ambito territoriale che, nei casi successivamente definiti, è rappresentato dall'ambito della domanda in area distrettuale.

Le attività di specialistica ambulatoriale rappresentano una dimensione unitaria professionale e organizzativa, indipendentemente dalla struttura organizzativa erogativa. Non esistono cioè due realtà, una territoriale ed una ospedaliera, oppure una specialistica pubblica e una specialistica convenzionata, con distinti e separati livelli di programmazione, governo e gestione.

Esiste, altresì, un unico bacino di competenze dei medici specialisti e delle attività specialistiche operanti nei diversi ambiti suddetti, coordinati nella loro dimensione erogativa, che richiede la chiara definizione della missione e delle finalità dei diversi attori e livelli prestazionali, anche nell'ambito di percorsi ed attività.

Nella gestione del primo accesso si dovrà tener conto delle tempistiche previste dalla normativa nazionale e regionale per i diversi livelli di priorità clinica; il prescrittore nella richiesta dovrà considerare la specialità, le caratteristiche della patologia o del quesito diagnostico e il suo grado di urgenza al fine di indicare la modalità più appropriata di accesso alle prestazioni.

Per prestazioni con priorità U la prenotazione deve essere gestita o direttamente dal setting della medicina generale o attraverso un sistema di prenotazione che garantisca il rispetto del tempo massimo di 72 ore. Le restanti prestazioni (D), originate nell'ambito di primo contatto, dovranno essere soddisfatte nei tempi indicati nella seguente tabella che richiama le categorie di priorità come definite dal PNGLA vigente declinate a livello regionale.

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>U (urgente)</b>     | Da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore  |
| <b>B (Breve)</b>       | Da eseguire entro 10 giorni  |
| <b>D (Differibile)</b> | Da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici   |
| <b>P (Programmata)</b> | Da eseguire entro 120 giorni; fino al 31.12.2019 la classe P è considerata da eseguire entro 180 giorni. In questa classe sono incluse le prestazioni programmate, <u>anche di Primo Accesso</u> , di approfondimento, controllo, follow-up. |

Si rileva che nella classe P sono incluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up e comunque inserite in un PDTA (buona parte di queste prestazioni dovranno gradualmente "uscire" da questa categoria trovando ricollocazione nelle agende relative agli specifici PDTA di riferimento)

I Programmi di Area di governo delle liste di attesa dovranno tenere conto della potenziale evoluzione clinica sottesa alla patologia oggetto di indagine per cui, sostanzialmente,

potranno essere previsti iniziali superamenti dei tempi massimi di attesa richiamati nel presente documento, solo per quelle prestazioni di primo accesso non correlate con quadri clinici potenzialmente in rapida evoluzione, quali ad esempio RM e TC muscoloscheletriche.

Nell'ambito dei Programmi di Area dovranno trovare risposta anche le prestazioni originate dai PDTA per condizioni croniche, o per condizioni acute, in coerenza con i PDTA condivisi.

Tutte le altre prestazioni non rientranti nelle casistiche sopra descritte, rientrano tra le prestazioni di controllo e pertanto sono disciplinate come descritto nel paragrafo "secondo accesso"

### 3.2.2 Prestazioni di altro accesso (secondo e successivi)

Attualmente le agende di prenotazione a CUP sono costituite dal mix dei pazienti già in carico e dei pazienti di primo accesso. Questo perché spesso gli spazi agenda dei pazienti in follow up o per controlli hanno una estensione temporale non sufficientemente lunga.

Per loro natura i controlli per i follow up (o simili) hanno bisogno di tempi di prenotazione mediamente nell'ordine di qualche mese. Se le agende di prenotazione sono invece aperte per periodi di tempo più brevi o per un numero insufficiente di spazi visita, accade che le ricette dei controlli escano dal "percorso" in cui dovrebbero trovare la loro data di appuntamento ed entrano in competizione con gli spazi ambulatoriali delle prime visite e/o indagini diagnostiche.

E' necessario pertanto costruire agende specifiche per i follow up "semplici" nonché per le visite di controllo inserite nei PDTA che saranno codificati per le principali patologie croniche, preferibilmente annuali a scorrimento giornaliero per questo flusso di pazienti.

Tale sistema deve favorire inoltre l'effettiva possibilità di presa in carico da parte del medico, riducendo così almeno in parte quel fenomeno che concorre alla frammentazione dei percorsi di cura e assistenza per problemi già noti, legato al fatto che oggi un cittadino, seppur preso in carico, è destinato a effettuare i suoi controlli programmati non potendo avere una continuità di relazione col medesimo medico specialista.

Questo vuol dire che il medico che ha in carico il paziente (medico e pediatra di famiglia o specialista) direttamente, o attraverso un servizio dedicato, nel momento in cui decide di chiedere una prestazione a distanza di un determinato arco temporale ha a sua disposizione una agenda annuale di disponibilità, giorno per giorno o settimana per settimana, che aggiunge, ogni giorno, un giorno successivo di disponibilità alla fine dell'anno di prenotabilità. Pertanto, i pazienti arruolati in programmi regolari di presa in cura avranno garantite le prestazioni previste dai loro PDTA attraverso la programmazione e la contestuale prenotazione dei diversi accessi di controllo.

### 3.3 Modalità di prescrizione


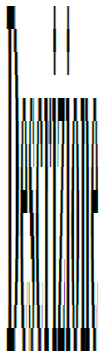

Come già sopra precisato, la distinzione tra Primo Accesso e Altri Accessi (Secondo e Successivi) è individuata dal sospetto/quesito diagnostico, secondo le indicazioni dettagliate allo schema seguente:

A cura del prescrittore:

|                                    | <b>Tipo Accesso</b>  | <b>Prestazioni</b>            | <b>Condizioni</b> | <b>Classe di priorità</b> |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------|---------------------------|
| Sospetto/quesito diagnostico nuovo | <b>Primo Accesso</b> | Prima visita<br>89.7 e codici |                   |                           |

|                               |   |   |  |            |
|-------------------------------|---|---|--|------------|
|                               |   | specifici   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Imprevedibilità dell'esito</li> <li>– Situazioni cliniche potenzialmente evolutive</li> </ul> | U, B, D, P |
|                               |   | Prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio |  | U, B, D, P |
| Quadro diagnostico conosciuto | <b>Altri Accessi (Secondo e successivi)</b> | Visita di controllo 89.01 e codici specifici            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Esito prevedibile</li> <li>– Evoluzione clinica prevedibile</li> </ul>                        | U, B, D, P |
|                               |   | Prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratori  |  | U, B, D, P |

Per l'individuazione del Quesito Diagnostico (art. 15 comma 1 del DPCM del 12 gennaio 2017) in modo univoco e non interpretabile, si dovrà procedere come da normativa vigente: in particolare, secondo le indicazioni previste dal disciplinare tecnico inerente al "Progetto Tessera Sanitaria – Web Services per la trasmissione elettronica delle prescrizioni mediche dematerializzate (Decreto 2 novembre 2011)", nella cui ultima versione del 23.09.2016 definisce quanto segue:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |

Quanto alle modalità di compilazione dei campi “codDiagnosi” e “descrDiagnosi” per ricette specialistiche, si precisa che:

- ciascuno dei due campi può essere compilato in alternativa all'altro, oppure possono essere compilati entrambi.
- per tutte le prescrizioni specialistiche la compilazione di almeno uno dei due campi è obbligatoria.

Potranno di conseguenza verificarsi le seguenti situazioni:

- solo codDiagnosi compilato,
- solo descrDiagnosi compilato,
- codDiagnosi e descrDiagnosi compilati entrambi.

Al fine di favorire il controllo del medico prescrittore tra Primo Accesso e Altri Accessi (Secondo e Successivi) individuabile dal sospetto/quesito diagnostico (sospetto/quesito diagnostico nuovo per il Primo Accesso, e quesito diagnostico conosciuto per gli Altri Accessi), attraverso le funzionalità tecniche che saranno messe a disposizione dal SAR, è auspicabile che venga indicata nella ricetta dematerializzata il “codDiagnosi” secondo la codifica ICD9-CM.

In particolare, viene dunque confermato l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il “Quesito diagnostico”, se trattasi di prestazioni in primo accesso o se trattasi di accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la Classe di priorità.

L'indicazione del Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi:

- di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico;
- prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, follow.

A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità affinché le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura.

In questo senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva “presa in carico” del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).

Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e *follow up*, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende che saranno integrate nel sistema CUP.

La mancata indicazione della tipologia di accesso e della biffatura della Classe di priorità avrà ripercussioni sulla valutazione del Monitoraggio dei tempi di attesa *ex post*.

Inoltre, ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta.

Elementi essenziali del modello operativo sono pertanto i seguenti:

1. Procedere progressivamente ad una completa separazione tra

- le richieste generate nell'ambito del primo contatto fra il cittadino e il sistema sanitario (proprie dei servizi delle cure primarie, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta), per il quale deve essere soddisfatto il quesito diagnostico;

- le richieste originate a seguito della presa in carico del paziente da parte del sistema delle cure primarie e/o dagli specialisti territoriali e ospedalieri nel caso in cui problema di salute sia conosciuto e vi sia la necessità di seguirlo nel tempo (follow up, cronicità) per gli eventuali successivi approfondimenti ed i controlli generati successivamente al primo contatto.

Nel primo contatto il quesito diagnostico, in quanto ancora sconosciuto, presenta tutte le caratteristiche dell'imprevedibilità e quindi necessita di certezza e tempestività delle prestazioni utili alla risposta. Nel caso della presa in carico devono invece essere gestite le prestazioni di quei cittadini che, già conosciuti dal sistema, hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con altrettanta certezza e programmazione dei tempi di erogazione delle prestazioni.

Si assume quale distinzione tra primo accesso ed accessi successivi, quanto disposto dal PNGLA 2019/2021, che prevede, testualmente che:

"[...]trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico, ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, follow up) [...]"<sup>2</sup>. Attivare diffusamente i percorsi di consulenza/prestazioni per il paziente cronico e anche in regime di urgenza su specifici PDTA formalizzati e prenotabili direttamente dal sistema delle cure primarie.

Al fine di realizzare il modello sopra rappresentato si devono porre in essere una serie di azioni su domanda ed offerta, con tempistiche realizzative di breve, medio e lungo periodo.

### 3.4. Prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio

Per tutti i ricoveri programmati la Regione prevede l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella di seguito riportata.

|          |  |
|----------|--|
| <b>U</b> | 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>B</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   |
| <b>D</b> | 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 |
| <b>P</b> | 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.                          |

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare 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 i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-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 modificano 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.

Dovrà essere prevista l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'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).

Di seguito le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio:

| <b>Numero</b> | <b>Prestazione</b>                                    | <b>Codici Intervento ICD-9-CM</b>  | <b>Codici Diagnosi ICD-9-CM</b>             |
|---------------|---|--|---|
| <b>1</b>      | Interventi chirurgici<br>tumore maligno<br>Mammella   | 85.2x; 85.33; 85.34;<br>85.35;85.36; 85.4x                               | 174.x; 198.81; 233.0                        |
| <b>2</b>      | Interventi chirurgici<br>tumore maligno<br>Prostata   | 60.21; 60.29; 60.3;<br>60.4;60.5;60.61;<br>60.62; 60.69; 60.96;<br>60.97 | 185; 198.82                                 |
| <b>3</b>      | Interventi chirurgici<br>tumore maligno colon         | 45.7x; 45.8; 45.9;<br>46.03; 46.04; 46.1                                 | 153.x; 197.5                                |
| <b>4</b>      | Interventi chirurgici<br>tumore maligno retto         | 48.49; 48.5; 48.6x   | 154.x; 197.5                                |
| <b>5</b>      | Interventi chirurgici<br>tumore maligno<br>dell'utero | da 68.3x a 68.9  | 179; 180; 182.x; 183;<br>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   |              |

Con riferimento alle procedure sopra elencate riferite all'**area oncologica**, si esplicita che la classe di priorità deve essere fornita dal Centro Accoglienza e Servizi (CAS) nel momento in cui viene posta l'indicazione all'intervento chirurgico.

### 3.5. Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Il Percorso Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

In tali ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati PDTA in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

In ambito cardiovascolare, oncologico e altre aree significative ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, sono individuati specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali e ne promuovono l'erogazione.

È evidente che la stessa sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi; ne deriva che nella valutazione dei PDTA gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.



Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Aggiornamento del decreto interministeriale 12 dicembre 2001, in adempimento al d.lgs. 56/2000), per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, previsto anche dall'art.10, comma 7, del Patto per la Salute 2014-2016, sancito il 10 luglio 2014.

La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà individuata nei compiti dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

La fonte dei dati per il calcolo degli indicatori PDTA è rappresentata dagli archivi sanitari elettronici amministrativi interrogabili, presenti a livello regionale e per cui è possibile l'interconnessione, allo scopo di tracciare il soggetto in tutti gli accessi alle prestazioni sanitarie di interesse.

### **3.6. Ambiti territoriali di bilanciamento della domanda e dell'offerta in funzione del rispetto dei tempi di attesa**

Al fine di migliorare l'accessibilità delle cure e ridistribuire l'offerta garantita sul territorio, la Direzione Sanità provvederà entro 120 giorni, se rilevata la necessità, a ridefinire i "criteri di garanzia" per le prestazioni oggetto di monitoraggio, anche sulla base di analisi comparative con le altre realtà regionali.

Le visite e le prestazioni di diagnostica saranno dunque ricondotte, in linea con la metodologia applicata dal DM70/2015 per l'assistenza ospedaliera, ai seguenti ambiti di garanzia territoriale all'interno dell'ASL:

Distrettuale per le prestazioni a bassa e media complessità

- Aziendale (a livello di Presidio Ospedaliero) per le prestazioni di media ed alta complessità;
- Sovraziendale o regionale per prestazioni ad alta ed altissima specialità nella logica di rete e/o hub&spoke;
- Sovraregionale per le prestazioni ad alta complessità, non erogate in ambito piemontese (es. adroterapia).

Al fine di consentire alla popolazione la tutela della garanzia dei tempi massimi, anche il monitoraggio dei tempi di attesa ricomprenderà il distretto di afferenza e i distretti limitrofi.

## **4. I RUOLI A LIVELLO REGIONALE E AZIENDALE**

Nel progetto complessivo di governo ed ottimizzazione dei tempi di attesa è necessaria una precisa connotazione dei ruoli a livello centrale, sovra aziendale e aziendale e anche per quanto riguarda la partecipazione delle Strutture private e dei cittadini.

Quanto di seguito illustrato riguarda prioritariamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale, tenuto conto della peculiare complessità del modello organizzativo ed assistenziale di risposta al fabbisogno.

### **4.1. Il ruolo regionale ed il Gruppo di Coordinamento del “Programma Operativo regionale”**

La Regione recepisce gli indirizzi nazionali, ne definisce le indicazioni attuative, monitora l'andamento dei tempi d'attesa, individua gli strumenti per il governo dei tempi d'attesa e gestisce la risoluzione di eventuali conflitti.

La Regione contribuisce altresì alla messa a punto e affinamento anche a livello nazionale di strumenti utili per il governo delle liste d'attesa, quali ad esempio il sistema RAO.

Presso la Direzione Sanità si istituisce il coordinamento operativo regionale per il governo dei tempi di attesa.

Il Coordinamento, diretto dalla Direzione Sanità è composto dal Responsabile del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari , dal Responsabile del Settore Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti , dal Responsabile Settore Regole del SSR nei Rapporti con i Soggetti Erogatori e da un Direttore Sanitario in rappresentanza di ciascuna delle Aree Omogenee di Programmazione.

I tempi massimi stabiliti non possono essere superiori a quelli nazionali. Resta intesa l'applicazione dei parametri temporali determinati nel Piano Nazionale.

In particolare, i principali ambiti di riferimento da consolidare e su cui avviare nuove azioni a livello regionale sono di seguito illustrati:

- la possibilità per le ASL e le Aziende Ospedaliere (AO) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria (vedi sopra riportato punto L);
- l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzia 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;
- l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B);

- i criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in Classe P. La Classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 giorni (180 giorni sino al 31/12/2019).
- le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a: utilizzo sistematico delle Classi di priorità; presenza del Quesito diagnostico;
- la corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi;
- la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP deve gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica;
- l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti;
- la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI. Nello specifico l'erogatore accreditato si impegnerà "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione);
- l'implementazione di strumenti di gestione della domanda, già sperimentati presso le Aziende Sanitarie di diverse Regioni italiane, comprese le Aziende piemontesi, secondo il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali; la scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C PNGLA e successivi aggiornamenti;
- il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (follow up, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli;
  - il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - recall e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica); al riguardo, si richiamano i disposti dell'art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998 in base al quale: "L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di

partecipazione al costo della prestazione”, e comunque si ritiene possibile l’adozione di eventuali sanzioni amministrative.

- la realizzazione della “presa in carico” del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha “in carico il paziente” di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
- 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;
- 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 équipe, 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;
- in caso di superamento del rapporto tra l’attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell’attività libero professionale, fatta salva l’esecuzione delle prestazioni già prenotate;
- l’attivazione dell’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, e la sua composizione; tale adempimento è sottoposto a verifica nell’ambito dei lavori del Comitato LEA.
- la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d’attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B);
- l’informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un’adeguata conoscenza;
- lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all’utente di:
  - i. consultare in tempo reale l’attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
  - ii. annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
  - iii. pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
  - iv. visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
  - v. ristampare il promemoria dell’appuntamento e dell’eventuale costo della prestazione prenotata;

- l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;
- la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
- la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005. 24. il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, che costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m. 25. il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti. 26. la trasmissione del Piano Regionale, entro 30 giorni dalla sua adozione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione e delle Province Autonome.

#### **4.2. Il ruolo Sovra-aziendale**

L'Area Omogenea rappresenta il bacino di garanzia per il soddisfacimento del bisogno del cittadino di prestazioni specialistiche e quindi la sede di definizione dei Programmi di Area per il Governo dei Tempi d'Attesa.

Ogni Area Omogenea, con le modalità di funzionamento e coordinamento che saranno stabilite dalla Direzione Sanità nonché con le regole di raccordo che saranno concordate tra le AA.SS.RR. afferenti alla stessa, garantisce pertanto il livello di programmazione e di attuazione del programma di governo per l'area di riferimento.

Tal livello sovra-aziendale configura inoltre uno dei livelli di interlocuzione con la Direzione Sanità.

#### **4.3. Il ruolo dell'Azienda Sanitaria Regionale**

Le Aziende attuano le indicazioni regionali, analizzano e monitorano la situazione dei territori di riferimento, formulano alla Regione le proposte di pertinenza.

L'Azienda Sanitaria Locale ha il ruolo di tutela della salute della popolazione in essa residente (LR n°10 del 24 gennaio 1995 e s.m.i). Al fine di poter rafforzare l'esercizio di questo ruolo alla ASL è attribuito il ruolo di committente per il governo dei tempi di attesa nei confronti delle proprie Strutture erogatrici, delle Aziende Ospedaliere e dei privati accreditati e con accordo contrattuale (cfr. D.Lgs 229/99 e s.m.i; e normativa regionale di riferimento) operanti nel suo territorio, in coerenza con la programmazione aziendale e sovra-aziendale.

Il Direttore Generale garantisce l'istituzione di una funzione aziendale responsabile per l'attuazione di quanto sopra.

Il Responsabile del governo dei tempi attesa (RETA), in ciascuna ASR, è il Direttore Sanitario di Azienda che svolge tale ruolo secondo le modalità che ritiene più opportune, avvalendosi di strutture aziendali competenti.

Nello specifico, nel ruolo di ReTA, il Direttore Sanitario opera nell'ambito della programmazione, della riorganizzazione dei processi assistenziali e dell'analisi dell'utilizzo della capacità produttiva (componente territoriale e ospedaliera). È responsabile dell'istituzione e della gestione delle agende specialistiche nonché dell'integrazione delle agende pubbliche e private.

Il ReTA propone, altresì, alla Direzione Generale i volumi annuali dell'attività libero professionale rendendoli coerenti con i volumi di attività istituzionale. Il ReTA in caso di criticità nell'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti, propone alla Direzione Generale la modifica dei volumi di attività istituzionale nonché le eventuali azioni che possono attenuare l'attività erogata in regime di libera professione.

E' necessario, ai fini della messa a regime dell'intero sistema di governo delle liste d'attesa, prevedere che le Aree Omogenee di Programmazione aggiornino il "Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa", predisposto in base al format che sarà inviato alle AA.SS.RR. a cura della Direzione Sanità, in cui si tenga conto del fatto che alcune prestazioni specialistiche trovano risposta nella zona di residenza del paziente, che deve dunque essere identificata come l'ambito naturale di programmazione erogativa rispetto alla domanda espressa dagli assistiti a livello territoriale.

In attuazione dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021, le Aree Omogenee di Programmazione provvederanno ad inviare il proprio Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa", entro 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, da stilarsi sulla base del format già citato e secondo le indicazioni che saranno fornite dalla Direzione Sanità.

La Direzione Sanità valuterà l'opportunità che l'"Area Omogenea Torino" e l'Area Omogenea "Torino Ovest" presentino per alcuni specifici aspetti, in considerazione di flussi dei pazienti, un programma concordato.

I Programmi di Area per il Governo dei Tempi di Attesa potranno tenere conto delle criticità/opportunità specifiche per i distinti ambiti territoriali, e quindi le Aziende Sanitarie regionali afferenti alla medesima Area Omogenea di Programmazione potranno individuare le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica su cui avviare il Programma per l'abbattimento delle liste di attesa, ferma restando la progressiva estensione del lavoro a tutte le prestazioni individuate a livello regionale.

Il Programma di Area recepisce il Piano Regionale e contempla, secondo le indicazioni del PNGLA, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria.

Il Programma di Area, inoltre, provvede a:

- per le prestazioni di primo accesso, individuare gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche) nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino;
- individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3.1 ad almeno il 90% dei pazienti;
- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
- garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP;
- garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte; - garantire la

diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);

- fornire alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;

- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.

#### **4.4. Il ruolo degli erogatori (pubblici e privati)**

Il governo delle liste d'attesa si fonda sulla programmazione dell'assistenza erogata dalle strutture presenti sul territorio, coerentemente con la definizione del fabbisogno di prestazioni da soddisfare.

Tutte le strutture erogatrici contribuiscono al governo delle liste d'attesa attraverso le seguenti azioni:

- applicazione delle «regole» del nuovo modello erogativo;

- programmazione attività erogative sulla base dei Piani di Area Omogenea;

- adeguamento supporti informatici;

- separazione linee di prenotazione primi accessi e accessi successivi sia dal punto di vista organizzativo che informatico;

- messa a CUP di tutte le agende (comprese quelle di LP);

- attivazione modalità di comunicazione «strutturate» con le diverse categorie di prescrittori;

- definizione percorsi istituzionali di coinvolgimento e informazione/formazione dei propri professionisti su: attuazione nuovo modello per il governo delle LA, utilizzo strumenti informatici, applicazione PDTA, attuazione adeguate modalità informative rivolte ai cittadini.

#### **4.5. Il ruolo dei professionisti**

Gli interventi e le regole illustrate nel presente programma operativo non sono altro che strumenti forniti dal sistema sanitario regionale al mondo professionale per migliorare la efficacia delle cure prestate ai pazienti.

Senza una piena condivisione degli obiettivi e una loro coerente applicazione da parte dei professionisti sanitari gran parte delle azioni previste dai programmi regionali e aziendali rischia di rimanere a uno stadio potenziale e di non produrre effetti significativi sulla cura dei pazienti.

Il governo delle liste di attesa si fonda su un uso appropriato e mirato degli strumenti diagnostici e specialistici disponibili che solo la preparazione e la responsabilità dei professionisti prescrittori possono assicurare.

Sarà per questo necessario accompagnare l'attuazione del piano regionale e dei piani locali con azioni di coinvolgimento, informazione e formazione dei professionisti per garantire la piena conoscenza delle potenzialità d'uso degli interventi disponibili.

Inoltre, la elaborazione e la pratica attuazione dei percorsi di diagnosi e cura non potranno che essere realizzati in accordo e collaborazione con i professionisti responsabili della loro osservanza.

Sarà inoltre opportuno integrare gli interventi previsti da questo piano con le azioni di riorganizzazione in corso nel sistema dei servizi sanitari piemontesi.

In particolare, la prevista distinzione dei primi accessi da quelli successivi richiede al mondo professionale di partecipare attivamente a:

- definizione e messa a punto dei processi di prescrizione e prenotazione;
- sviluppo e il potenziamento del sistema delle cure primarie per renderlo pienamente in grado di prendersi in carico i pazienti cronici con modalità di tipo e proattivo e con risposte di tipo multi-professionale;
- integrazione funzionale dei diversi servizi sanitari e socio-sanitari orientata dalla centralità dei bisogni dei pazienti e finalizzata alla continuità delle cure;
- elaborazione di PDTA per le principali patologie croniche e la loro realizzazione pratica modulandoli e adattandoli alle varie realtà territoriali.

#### **4.6. Il ruolo dei cittadini**

L'informazione e la comunicazione sono aspetti fondamentali per la gestione dei tempi d'attesa, in quanto mirano a responsabilizzare il cittadino riguardo la criticità del problema e gli sforzi intrapresi per affrontarlo e risolverlo. Per questo motivo la comunicazione deve promuovere interventi finalizzati al coinvolgimento del cittadino anche riguardo alla cultura dell'appropriatezza.

Il ruolo dei cittadini si esplica pertanto nell'uso consapevole e responsabile del Servizio Sanitario pubblico che si manifesta, in particolare, attraverso:

- la conoscenza degli elementi fondamentali di autogestione della propria salute e l'acquisizione di migliori capacità per metterli in pratica;
- il possesso di senso critico, con maggiore consapevolezza di limiti, rischi e costi dei trattamenti correnti e della disponibilità di efficaci alternative;
- la capacità di far buon uso dei servizi sanitari nella consapevolezza sia dei propri diritti, compreso quello di trovare risposta al proprio bisogno di prestazione nella propria Area di riferimento, sia delle proprie responsabilità.

Al fine di raggiungere gli obiettivi sopra illustrati, è necessario che i cittadini siano correttamente indirizzati innanzitutto ad una buona educazione sanitaria che, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha quale scopo: “[...] di aiutare le popolazioni ad acquisire la salute attraverso il proprio comportamento e i propri sforzi; l'educazione sanitaria si fonda dunque in primo luogo sull'interesse che i singoli manifestano per il miglioramento della loro condizione di vita e mira a far loro percepire tanto come individui, che in quanto membri di una famiglia, di una collettività, di uno Stato, che i progressi della salute derivano dalla loro responsabilità personale”.

L'educazione sanitaria deve essere, dunque, intesa come un processo di comunicazione inter-personale, diretto a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute ed a responsabilizzare gli individui e i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività.

Si ritiene, pertanto, di procedere con un insieme di interventi volti a modificare coscientemente e durevolmente l'atteggiamento della popolazione nei riguardi della salute ed il rapporto tra operatori sanitari e popolazione. Il primo di questi interventi sarà la realizzazione di una campagna di comunicazione, come dettagliata ai paragrafi successivi.

Si ritiene di valutare, contemporaneamente, nell'ambito del Gruppo di Coordinamento, le eventuali azioni da porre in essere nei confronti dei cittadini che utilizzano in maniera non responsabile l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, in particolare per le prenotazioni multiple e contemporanee, o la mancata presentazione, senza disdetta, al momento dell'erogazione dell'esame.



#### **4.7. Integrazione dei ruoli**

Al tavolo di coordinamento regionale e ai tavoli di coordinamento di area sovra-aziendale potranno essere invitati, ove ritenuto necessario, i rappresentanti degli erogatori, del mondo professionale e dei cittadini.

### **5. AZIONI SULLA DOMANDA**

Le azioni sulla domanda sono da sviluppare, in particolare, sul versante dell'appropriatezza prescrittiva e della comunicazione con i cittadini.

#### **5.1. Appropriately prescrittiva**

La riduzione della variabilità dei comportamenti prescrittivi è una delle dimensioni principali su cui si sono concentrati negli ultimi anni gli interventi di politica sanitaria in una logica di clinical governance del fenomeno. Non ultimo il DPCM sui nuovi LEA, recentemente siglato, interviene sull'argomento con l'obiettivo di rendere evidente l'aderenza delle prescrizioni alle evidenze scientifiche in coerenza con l'autonomia professionale del medico prescrittore.

Tale tematica assume un ruolo di rilievo nella gestione delle liste d'attesa in quanto risulta direttamente correlata alla gestione della domanda di prestazioni.

Come già evidenziato dal Ministero della Salute (Mattone 7 – misura dell'appropriatezza), risulta necessario procedere ad attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica ed efficacia rispetto ai costi delle prestazioni offerte, nonché all'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità del sistema.

Si evidenzia come, con specifico riferimento al D.M. 9 dicembre 2015 inerente alle "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale", siano già state inviate le note prot. n. 3241/A14000 del 08.02.2016, n. 8714/A14000 del 19.04.2016 n. 8715/A14000 del 19.04.2016, n. 73316/A14000 del 15.06.2016, di chiarimenti. Tale decreto ha avuto un iter applicativo complesso su tutto il territorio nazionale, tale da indurre il Ministero a stabilirne una fase di applicazione sperimentale, a tempo indefinito, che risulta ora superata con l'approvazione dei nuovi LEA.

Ad ogni buon conto, si prevede di programmare, anche in linea con i lavori già avviati nel corso del 2015 dal Tavolo Metropolitano nonché secondo la metodologia di appropriatezza utilizzata per la DGR 44-3399 del 30.05.2016 ed, in ultimo, in attuazione di quanto previsto dal PNGLA 2019/2021, che adotta in toto il Manuale RAO, parte integrante del Piano stesso, azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni più "critiche", sia in termini di eccessivo consumo pro capite che di lista d'attesa.

Il coinvolgimento sistematico dei professionisti è ritenuto strategico al fine di analizzare i dati di consumo alla luce dei fabbisogni e delle evidenze scientifiche in materia e nel definire i percorsi diagnostico terapeutici.

Pertanto, si procederà su diverse linee di lavoro:

- analisi dati di flusso di prestazioni target anche facendo attività di benchmarking intraregionale e verso altre realtà regionali;

- svolgimento audit clinici per monitorare l'aderenza alle evidenze scientifiche e definire gli opportuni interventi di miglioramento;
- definizione e sviluppo dei PDTA;
- introduzione/perfezionamento sistema RAO;
- azioni volte a limitare l'eccessivo consumo di prestazioni ove rilevato;
- realizzazione iniziative di aggiornamento e formazione;
- ecc.

Quanto sopra andrà armonizzato anche con gli indirizzi forniti dal Piano nazionale Cronicità, che dovranno presto trovare attuazione nel sistema sanitario piemontese, che costituiscono un importante fonte di orientamento per il funzionamento servizi e sono destinati a influenzare favorevolmente il governo della domanda di prestazioni sanitarie.

Il Piano richiede di sviluppare un'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari orientata ai bisogni del paziente cronico e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la mortalità e la disabilità prematura.

Richiede, in particolare:

- l'evoluzione dalla cosiddetta 'medicina d'attesa', adatta alla gestione delle malattie acute, verso il nuovo paradigma della 'medicina d'iniziativa' (proattiva), che garantisce continuità delle cure e una presa in carico personalizzata, fondata su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa;
- la responsabilizzazione e il coinvolgimento del paziente nel processo di cura (self management, patient empowerment), componenti essenziali per la gestione della malattia;
- una forte integrazione nella rete dei servizi, per superare la frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta;
- la necessità che gli operatori siano orientati dai bisogni assistenziali del malato prima ancora che dalle loro malattie;
- il confronto continuo tra medici e pediatri di famiglia e specialisti.

## **5.2. Comunicazione e sensibilizzazione dei cittadini**

Anche sulla base di quanto sopra, sono definite e attuate azioni di sensibilizzazione e informazione alla popolazione, attraverso l'articolazione di una campagna di comunicazione e di divulgazione capillare, su tutto il territorio regionale.

Analogamente, le Aziende devono partecipare attivamente, in coerenza con gli indirizzi regionali, a tali campagne anche identificando figure interne di riferimento sia per i professionisti che per i cittadini.

E' necessario, in particolare, il coinvolgimento di rappresentanze dei cittadini, associazioni nonché dei mass media.

La campagna di comunicazione muoverà dall'informazione semplice e chiara, corretta e costantemente aggiornata sui vari problemi che riguardano la salute, essendo convinzione condivisa che da sola l'informazione non è sufficiente ad educare compiutamente; è senza dubbio uno strumento importante ed il primo, essenziale passo verso la modifica della mentalità e del comportamento, che deve poi determinare la presa di coscienza e

l'assunzione di responsabilità di fronte alle decisioni operative. Occorre aggiungere, inoltre, che l'informazione deve essere scientificamente corretta, ma realisticamente comprensibile.

Un'azione educativa quanto mai efficace può e deve essere svolta nella scuola, nell'ambiente di lavoro, nelle associazioni culturali e di volontariato e ovunque vi sia una aggregazione di persone interessate ai problemi della salute.

Momenti ulteriori di efficace comunicazione e formazione sono le Campagne di promozione della salute che possono rappresentare strumenti importanti di educazione all'uso del "bene" prestazione sanitaria.

Il Piano di comunicazione finalizzato alla sensibilizzazione e all'informazione della popolazione e dei professionisti sanitari sarà articolato per includere:

- la presenza degli obiettivi e delle azioni del Programma per il governo delle liste d'attesa nei canali di comunicazione ordinariamente utilizzati dalla Regione e dalle ASR;
- l'organizzazione di apposite campagne straordinarie finalizzate a potenziare l'impatto della comunicazione generale o per mirare specifici obiettivi;
- l'uso dei nuovi media sia per informare sul funzionamento del sistema di governo dei TA sia per la regolazione del sistema stesso (email, strumenti di recall, specifiche app, ecc.).

Contestualmente al suo sviluppo e alla sua graduale attivazione su tutto il territorio nazionale anche il nuovo numero europeo armonizzato a valenza sociale 116-117 potrà costituire un potente strumento di comunicazione in questo ambito.

## **6. LE AZIONI SULL'OFFERTA**

Le azioni sulla offerta vanno attivate in riferimento ai modelli organizzativi aziendali, alla gestione integrata delle agende ambulatoriali, anche per quanto riguarda il nuovo CUP regionale.

### **6.1. Modelli organizzati aziendali**

In tale ambito diventa necessario re-indirizzare i processi produttivi, allo scopo di arrivare ad una significativa riduzione della complessità organizzativa e ad un aumento dell'efficienza.

Per ottenere ciò è necessario favorire l'integrazione tra le diverse Strutture secondo i modelli di "rete" e l'organizzazione basata su logiche integrative, che coordinano le unità organizzative ridefinendone le funzioni, anche con competenze diversificate.

### **6.2. Gestione e Integrazione delle Agende Ambulatoriali**

La Direzione Sanità, anche in vista della implementazione del CUP regionale, provvederà a dare indicazioni univoche in merito alle tematiche di seguito affrontate.

- attribuzione dei codici di priorità. Risulta necessario aggiornare gli indirizzi operativi che si sono succeduti nel tempo in vari atti al fine di rendere omogenee le condizioni di appropriatezza che sono alla base dell'attribuzione dei codici priorità. Favorendo contestualmente il miglioramento nella lettura dei dati di produzione e dunque l'efficacia del monitoraggio

- organizzazione delle agende e delle liste di prenotazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Risulta necessario definire una nuova modalità informatica-organizzativa per ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche, ovvero per le prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste per i pazienti nuovi e non conosciuti dal SSR per quel nuovo problema clinico (esemplificativo: quesito diagnostico nuovo imprevedibilità dell'esito, situazioni cliniche potenzialmente evolutive, nessuna risposta immediata, determinante altre decisioni cliniche). Per questi flussi di pazienti devono essere costruiti, come evidenziato nelle sezioni precedenti del presente documento, percorsi di accesso alle visite e alle diagnostiche completamente distinti rispetto ai restanti flussi di pazienti già conosciuti al servizio sanitario in ragione del quesito clinico di accesso. Nei paragrafi seguenti sono indicate le prime indicazioni in merito a: primo accesso e accesso successivo nel rispetto di quanto definito al paragrafo 2.2 "Definizione degli ambiti territoriali per la garanzia dei tempi massimi di attesa".

- in linea generale si evidenzia che le agende dovranno essere organizzate per codice di priorità all'interno della disciplina. L'organizzazione della capacità produttiva in ragione delle agende dovrà comprendere tutte le tipologie di specialisti nella disciplina. Le agende dovranno ricomprendere anche l'attività libero professionale intramoenia. Si richiama l'attenzione alla flessibilità degli slot disponibili inseriti nelle agende al fine di evitare il sotto-utilizzo della capacità produttiva disponibile e la rispondenza alle tempistiche massime previste dai codici di priorità indicati dal medico prescrittore.

- Adozione delle "agende di garanzia". Rappresenta la necessità di garantire il rispetto dei tempi d'attesa anche con strumenti "integrativi" quali:

- aumento produttività interna (sia attraverso azioni di miglioramento dell'efficienza, sia attraverso l'acquisizione di risorse aggiuntive con, ad esempio, l'aumento delle ore di specialistica interna, l'applicazione art. 55, comma 2, etc.;
- accordi tra ASL e AO e negoziazione tra ASL e strutture private accreditate;

per disporre di *slot* di prenotazioni/prestazioni integrative al fine di garantire al cittadino il pieno rispetto dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale di primo accesso.

Tali strumenti sono attivati esclusivamente per prestazioni il cui consumo rientra negli standard di appropriatezza, nel caso in cui nell'ambito territoriale di riferimento non sia garantito il tempo massimo di attesa previsto per quella prestazione. Pertanto, nella fase iniziale di monitoraggio, si prevede la necessità/opportunità che le ASL garantiscano una significativa operazione di "tuning" finalizzata a trovare il giusto equilibrio fra domanda e offerta di primo accesso.

- Contestualità prescrizione e prenotazione. Sarà perseguita la possibilità di far effettuare da parte del medico o pediatra di famiglia o specialista, al momento della prescrizione, anche la prenotazione della prestazione diagnostica, sulla base di percorsi / ambiti di cura che saranno condivisi e definiti specificamente.

Possibile estensione delle fasce orarie e delle giornate di erogazione delle prestazioni specialistiche ampliandole alle ore tardo pomeridiane e serali e anche alle giornate di sabato e pre-festive con il fine di migliorare le possibilità di accesso dei cittadini e di utilizzare in modo più intensivo le tecnologie.

### 6.3. Il Nuovo CUP Regionale

A completamento di quanto sopra esposto, si evidenzia che nel capitolato tecnico della gara del CUP unico è stato previsto al punto 4 una sezione dedicata al Governo del servizio (di seguito riprodotto in parte).

*“L'intero processo di implementazione e manutenzione del servizio dovrà essere concordato e condiviso con lo specifico gruppo tecnico di governo regionale appositamente costituito che, al contempo, ricoprirà un ruolo di riferimento per le ASR rispetto all'applicazione di quanto previsto in precedenza.*

*Al gruppo tecnico regionale compete la stesura degli indirizzi operativi con cui verranno definiti i criteri di compilazione delle agende di prenotazione delle varie strutture, in modo da uniformare tra le varie ASR le tempistiche di erogazione delle prestazioni, l'applicazione dei PDTA stabiliti dalla Regione, l'utilizzo del recall, etc..*

*Il Gruppo Tecnico Regionale, nella fase di avvio del sistema nel suo complesso, dovrà monitorare le fasi operative e verificare la corretta collaborazione tra la ditta aggiudicataria e le singole ASR per garantire il rispetto dei tempi di consegna stabiliti dal presente capitolato.*

*Il gruppo tecnico regionale dovrà verificare in tempo reale la corretta erogazione del servizio e l'andamento delle prenotazioni tramite l'utilizzo di un apposito cruscotto di sistema in grado di monitorare l'offerta degli erogatori e le relative liste d'attesa che potrebbero venirsi a creare.*

*Allo stesso modo, il gruppo tecnico regionale dovrà verificare quotidianamente, anche attraverso la produzione di report specifici, l'apertura o la chiusura delle agende di prenotazione per le singole ASR: in caso di chiusura deve essere possibile compilare un campo note che espliciti le motivazioni alla base di tali decisioni.”*

Il nucleo tecnico dovrà porre l'attenzione sulle modalità di compilazione delle agende di prenotazione rendendo il più possibile omogenee le tempistiche di erogazione delle prestazioni, condividendone preparazioni ed avvertenze; la configurazione delle agende deve prevedere la suddivisione per priorità (come evidenziato ai punti a e b di cui sopra), l'eventuale integrazione con i PDTA definiti dall'Assessorato.

In definitiva, è necessario che si inizi a parlare un linguaggio comune tra le Aziende Sanitarie Regionale, con agende e relative liste d'attesa sia del pubblico che del privato accreditato trasparenti: visto che il progetto CUP unico ha tra i suoi obiettivi quello della fruibilità della soluzione applicativa a tutti i cittadini, prevedendone un utilizzo in autonomia in fase di prenotazione, spostamento e disdetta degli appuntamenti la semplicità delle operazioni deve essere garantita.

Il nucleo tecnico è composto da figure professionali esperte in organizzazione aziendale, con particolare riferimento alla gestione dei CUP aziendali (territoriali e ospedalieri) e provenienti dalle diverse aree della Regione in modo che possano essere coinvolte tutte le realtà in questo passaggio cruciale per la riorganizzazione della rete di prenotazione regionale.

Il nucleo tecnico dovrà lavorare a stretto contatto con gli uffici regionali svolgendo un ruolo attivo di intermediazione tra la Regione e le Aziende Sanitarie rispetto alla corretta applicazione delle disposizioni informatiche e clinico-organizzative (catalogo prestazioni, dematerializzata, PDTA...); il medesimo ruolo di intermediazione viene svolto nei confronti della società vincitrice della gara d'appalto e delle software house che gestiscono i sistemi.

Per ulteriori dettagli, a titolo indicativo e non esaustivo, si rimanda a quanto previsto dai seguenti provvedimenti regionali:

1) Deliberazione della Giunta Regionale 13 luglio 2018, n. 44-7225, di “Riconoscimento in capo all'ASL 301 - Citta' di Torino delle funzioni di azienda capofila in ordine all'intero

processo di avvio, realizzazione e gestione del centro unico di prenotazione (CUP). Nomina del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC), dei Direttori Operativi e del Gruppo tecnico regionale.”

2) D.D. 26 luglio 2018, n. 504, inerente a “Costituzione del Gruppo Tecnico regionale per l'avvio e la conformita' operativa del sistema unico di prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui alla gara europea 63/2015”.

## **7. LE RISORSE UMANE E GLI STRUMENTI DI GESTIONE**

Tra le varie modalità applicative per il miglioramento dei tempi di attesa sono anche da considerare le risorse umane, la libera professione e altri specifici strumenti di gestione come la rinegoziazione delle prestazioni con i privati.

### **7.1. Le Risorse Umane**

Le problematiche relative alla gestione delle liste d'attesa, che, ovviamente, non sono uniformi nella realtà piemontese ma che variano non solo a seconda della specializzazione, dell'area territoriale, dei professionisti coinvolti ma anche degli ambiti temporali di riferimento, rendono necessari interventi che incidano sulla possibilità delle Aziende sanitarie piemontesi di ridurle e di rendere, conseguentemente, migliore il servizio all'utenza.

Per quanto concerne la gestione delle risorse umane e l'impatto che la medesima può avere su tali criticità, si possono individuare strumenti e metodologie d'intervento diversi che incidono sia sul personale dipendente del SSR sia sul personale convenzionato, quali i medici della specialistica ambulatoriale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Innanzitutto è necessario che le Aziende Sanitarie si avvicinino alla programmazione delle assunzioni tenendo conto delle criticità relative a quelle specializzazioni che maggiormente generano liste d'attesa lunghe e dilatate nel tempo.

E', inoltre, inderogabile che le Aziende prevedano tra gli obiettivi aziendali - finalizzati alla retribuzione di risultato, ai sensi dell'art. 65, comma 6, del CCNL 5 dicembre 1996 ed art 33 del CCNL 3/11/2005 (per il personale della Dirigenza Medico/Veterinaria ) e alla produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali di cui all'art. 38, comma 3 del CCNL 7 aprile 1999 ed art 75 CCNL 21/5/2018 (per il personale del Comparto) - l'inserimento di tutte le agende ambulatoriali a CUP, comprese quelle relative alla libera professione intramuraria, e la riduzione dei tempi di attesa, laddove si sono rilevate criticità.

Sempre con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa, le Aziende, d'intesa con le équipe dei servizi interessati, potranno concordare, ai sensi dell'art. 55, comma 1 lett. d) del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica e veterinaria e secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine (c.d. libera professione a favore della propria Azienda).

Non va, infine, tralasciata la possibilità di ricorrere, ai sensi e con le modalità degli art. 20, comma 1 e 21 del vigente ACN, al conferimento, rispettivamente, di incarichi a tempo determinato e di incarichi provvisori a specialisti ambulatoriali, fornendo così una adeguata offerta di specialistica ambulatoriale in grado di garantire l'adesione alle logiche del sistema, ricordando anche che, in sintonia con le previsioni dell'art. 39 del medesimo ACN, è possibile

richiedere agli specialisti ambulatoriali di eseguire prestazioni aggiuntive per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi dell'area specialistica.

## **7.2. Libera Professione Intramoenia**

Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, le Regioni e Province Autonome, assicurano il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m.i., e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale.

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.

Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m.i., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

E' utile ricordare brevemente, in rapporto alla libera professione intramoenia, quanto previsto dalla normativa nazionale in materia, anche per assicurare che il ricorso alla medesima sia conseguente alla libera scelta del cittadino utente e non alla carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

Nello specifico, occorre richiamare al rispetto di quanto previsto in materia dalla legge n. 120 del 03/08/2007 e s.m.i. (in particolare il d.l. n. 158/2012 convertito con modifiche nella legge n. 189/2012) nonché dalla normativa contrattuale, in particolare dall'art. 54 del CCNL 8 giugno 2000 della Dirigenza medica e veterinaria.

I principi essenziali che si evincono dalla normativa, contrattuale e non, in materia sono rappresentati:

- dall'obbligo dell'adozione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale (art. 1, comma 4, lett. a) legge n. 120/2007, così novellato dal d.l. 158/2012 convertito con modificazioni nella legge n. 189/2012)
- dall'obbligo di prevedere un monitoraggio aziendale dei tempi di attesa relativo alle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati, attivando anche meccanismi di riduzione dei medesimi (art. 1, comma 4, lett. d) legge n. 120/2007)
- dall'obbligo di adottare azioni sinergiche al progressivo allineamento dei tempi medi di erogazione delle prestazioni rese durante l'attività istituzionale rispetto ai tempi medi di quelle rese in libera professione intramoenia, in maniera tale da assicurare che il

ricorso a questa discenda dalla libera scelta dell'utente e non sia, al contrario, prodotta da carenze organizzative dei servizi resi in attività istituzionale (art. 1, comma 4, lett. g) legge n. 120/2007)

- dall'obbligo per le Aziende sanitarie di predisporre un piano aziendale, riferito alle singole unità operative, concernente i volumi di attività istituzionale ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia (art. 1, comma 5 legge n. 120/2007)

- dall'obbligo aziendale di assicurare che l'esercizio dell'attività professionale intramuraria non sia in contrasto con le proprie finalità ed attività istituzionali e che lo svolgimento sia organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi. A tal fine, l'attività libero professionale intramuraria non può globalmente comportare, per ciascun dirigente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali (art. 54, comma 5 del CCNL 8 giugno 2000 della Dirigenza medica e veterinaria).

Qualora gli strumenti sopra richiamati non producano gli effetti previsti in tema di gestione delle liste di attesa, le Aziende potranno mettere in atto ogni azione di tipo organizzativo prevista dalla normativa vigente compresa la possibilità di sospendere l'attività libero professionale intramuraria nel caso in cui siano ravvisate specifiche responsabilità dei professionisti.

Per quanto concerne eventuali possibili interventi sulle liste d'attesa attraverso meccanismi legati alla libera professione intramoenia, si ricorda che l'art. 1, comma 4, lett. c) della legge n. 120/2007, come novellato dal già richiamato d.l. n. 158/2012, convertito nella legge n. 189/2012, prevede che le Aziende ed enti del SSN trattengano sulle tariffe per le prestazioni in libera professione intramoenia, quale ulteriore quota oltre a quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, una somma pari al 5% del compenso del libero professionista, vincolandola ad interventi di prevenzione o volti alla riduzione delle liste di attesa. Con il presente provvedimento si intende vincolare prioritariamente l'utilizzo di tale fondo ad interventi volti alla riduzione delle liste d'attesa.

### **7.3. Rinegoziazioni delle tipologie e quantità di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate**

La ricontrattazione delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate e con contratto con il SSR è un altro strumento utile al fine di meglio orientare la produzione verso la domanda insoddisfatta o con lunghe liste d'attesa.

Tale ricontrattazione può riguardare sia le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale che le altre nel rispetto di quanto stabilito dalla vigente normativa nazionale e regionale.

### **7.4. Altro**

#### Le tecnologie

Può essere oggetto di valutazione ed eventuale soddisfacimento la proposta di acquisizione di tecnologia: a tale proposito devono essere fatte analisi costo / beneficio che considerino tutte le variabili in gioco (caratteristiche attrezzatura, risorse umane, ecc.) al fine di documentare che l'introduzione di nuove attrezzature può ridurre i tempi d'attesa senza favorire la crescita di prestazioni inappropriate.

Le Aree omogenee possono altresì concordare modalità di utilizzo condiviso di tecnologie e personale in ambiti critici di erogazione.



La tracciatura del parco tecnologico in essere, le eventuali nuove acquisizioni o richieste di investimento prevedono da parte dell'Azienda l'obbligo di utilizzo e aggiornamento dei flussi informativi regionali dedicati a tali processi.

### La Telemedicina

Le possibilità che oggi, in alcuni ambiti disciplinari, offre la telemedicina (refertazione a distanza, ecc.) possono essere oggetto di progettualità specifiche aziendali e/o sovraaziendali volte alla semplificazione del percorso dei pazienti, al miglior utilizzo delle competenze specialistiche e alla riduzione delle liste d'attesa.

## **8. I PROGETTI SPECIFICI**

La Direzione Sanità, con nota prot. n 15954 del 17.07.2018, all'esito dei monitoraggi dei Programmi di Area per il Governo dei Tempi di Attesa, ha fornito alle ASL ulteriori indicazioni operative per l'attuazione delle previsioni di cui alla D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, prevedendo la predisposizione da parte di ciascuna ASL, tenuto conto delle criticità emerse, di Progetti aziendali per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni critiche di specialistica ambulatoriale.

La nota prevedeva altresì la possibilità per le AA.SS.LL di "...presentare eventuali integrazioni, o proposte di modifica, per quanto relativo alla progettazione, anche a seguito della conclusione delle procedure di contrattazione con le strutture private accreditate, ove gli accordi presi con queste ultime possano incidere sulla sostanza dei progetti presentati."

Le ASL, nel termine previsto del 31.07.2018, hanno provveduto all'inoltro dei progetti aziendali e la Direzione Sanità, a seguito della presentazione dei progetti, ha avviato l'istruttoria per la valutazione della coerenza degli stessi con gli obiettivi della programmazione regionale, con particolare riguardo agli obiettivi di programmazione economica 2018 stabiliti – in materia di personale ed investimenti per tecnologie - dalla D.G.R. n. 113-6305 del 22.12.2017.

Con D.G.R. n. 28-7537 del 14.09.2018 è stata, inoltre, approvata l'assegnazione alle AA.SS.LL. delle risorse per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale aggiuntive per le annualità 2018-2019.

Tale progettazione è parte integrante dei programmi di area ed aziendale di governo dei tempi di attesa.

## **9. IL MONITORAGGIO**

Sul versante del monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa è inoltre necessario che la Regione e le Aziende Sanitarie pongano in atto strumenti e meccanismi in grado di fornire informazioni per leggere la situazione a mettere in atto le azioni di miglioramento.

Le rilevazioni dei tempi di attesa possono essere realizzate con due modalità:

- "ex ante", che consiste nella rilevazione (prospettica), in un determinato periodo indice, del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data di erogazione prospettata e la data della richiesta della prestazione rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il tempo d'attesa così come viene percepito dall'utente);

- “ex post”, che consiste nella rilevazione (retrospettiva) del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore. Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità.

La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

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

- monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in specifiche aree cliniche;
- 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, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione; 7) Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- 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 dati relativi ai monitoraggi saranno oggetto di specifica analisi a livello regionale ed aziendale.

Le modalità specifiche di monitoraggio e i relativi indicatori sono esplicitati nell'Allegato A del “Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-20121”.

## **10. SINTESI**

Nei punti seguenti sono sintetizzati i punti essenziali del presente Piano:

1. Al fine di rispondere nei tempi e nei setting appropriati e secondo priorità cliniche, è necessario sviluppare un livello di governance della Direzione Sanità, che tenga conto della domanda e dell'offerta complessiva disponibile e che sia riportato vero le Aziende Sanitarie regionali; il modello di riferimento viene individuato nelle “Aree Omogenee di Programmazione”.
2. Il modello operativo da strutturare si riferisce in particolare alle tipologie di prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto di monitoraggio, ai livelli di priorità cliniche, ai primi accessi e agli accessi successivi e alla valutazione di appropriatezza conseguente.
3. Nel progetto complessivo di governo ed ottimizzazione dei tempi di attesa è necessario un precisa connotazione dei ruoli a livello centrale, sovra aziendale e aziendale e anche per quanto riguarda la partecipazione delle Strutture private e dei cittadini.

4. Le azioni sulla domanda sono da sviluppare, in particolare, sul versante dell'appropriatezza prescrittiva e della comunicazione con i cittadini.
5. Le azioni sulla offerta vanno attivate in riferimento ai modelli organizzativi aziendali, alla gestione integrata delle agende ambulatoriali, anche per quanto riguarda il nuovo CUP regionale.
6. Tra le varie modalità applicative per il miglioramento dei tempi di attesa sono anche da considerare le risorse umane la libera professione e altri specifici strumenti di gestione come la rinegoziazione delle prestazioni con i privati
7. Sul versante del monitoraggio in forma ex ante ed ex post del rispetto dei tempi di attesa è inoltre necessario che la Regione e le Aziende Sanitarie pongano in atto strumenti e meccanismi in grado di fornire informazioni per leggere la situazione a mettere in atto le azioni di miglioramento.