



## **A.O.R.N. OSPEDALI DEI COLLI (Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI**

***Piano Attuativo Aziendale di governo delle Liste di Attesa  
per il triennio 2019 – 2021 ai sensi del vigente PRGLA***

# A.O.R.N. OSPEDALI DEI COLLI (Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI

## Sommario

Contesto operativo.....	2
Adozione formale del Piano Attuativo Aziendale di Governo delle liste di Attesa.....	2
Fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni.....	3
Azioni dirette e indirette per garantire l'appropriatezza delle prestazioni.....	9
Razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità e le diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, etc.).....	11
Gli impegni dell'Azienda per lo sviluppo di PDT in area oncologica e cardiovascolare secondo gli obiettivi fissati dal PNGLA 2019-21 .....	13
Indirizzi per la comunicazione .....	14
Attuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio .....	14
Regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione e di prenotazione delle prestazioni .....	15
Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni .....	16
Definizione delle condizioni per l'individuazione delle misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa.....	17
Misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa .....	17
Condizioni per l'individuazione delle misure.....	19
Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa.....	20
Organizzazione dell'attività libero professionale .....	20
Azioni-cronoprogramma-attività di controllo .....	21

## A.O.R.N. OSPEDALI DEI COLLI (Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI

### **Contesto operativo**

Il problema dei lunghi tempi di attesa è presente nei sistemi sanitari della gran parte dei paesi occidentali, con rarissime eccezioni. È tra le criticità alle quali i cittadini prestano la maggiore attenzione. L'abbattimento di tali tempi è uno degli obiettivi prioritari del SSN, per il raggiungimento del quale sono impegnati tutti i livelli istituzionali. All'origine del problema viene riconosciuta una molteplicità di cause, tra le quali:

- la insufficienza della capacità di produzione di prestazioni delle strutture sanitarie rispetto al bacino di utenza;
- la produttività inadeguata delle stesse strutture a causa di problemi organizzativi, numero di ore di operatività insufficiente, inadeguato o mancato coordinamento delle attività di prenotazione, ecc.);
- ricorso eccessivo ed inappropriato alle prescrizioni;
- disomogeneità della capacità di attrazione dei cittadini da parte delle strutture erogatrici, in relazione alla diversa qualità delle prestazioni garantite e dei professionisti impegnati, che determina eccesso di richieste per alcune strutture e marcata sottoutilizzazione di altre.

Il problema è stato oggetto di attenzione da parte del legislatore attraverso una serie di norme, già a partire dalla fine degli anni '90.; l'ultimo intervento in ordine di tempo risale alla scorsa legislatura, ed in particolare all'Intesa tra Stato e Regioni del 28 marzo 2006, quando è stato adottato, in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

Il primo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA), si è riproposto come obiettivo la promozione della capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Con Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n. 93 del 03/05/2019 la Regione ha recepito l'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 proponendosi di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari e da realizzare con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli ritenendo necessario integrare lo stesso, sia inserendo alcuni elementi innovativi che puntualizzando alcune azioni già intraprese.

### **Adozione formale del Piano Attuativo Aziendale di Governo delle liste di Attesa**

Con il presente documento, l'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli (di seguito, Azienda) adotta formalmente un Piano Aziendale di Governo delle Liste d'Attesa (di seguito, Piano Aziendale) in recepimento del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-21 della Regione Campania (di seguito PRGLA) e si impegna ad implementare le strategie, le risorse e le attività ritenute necessarie a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari e da realizzare con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Con il presente Piano Aziendale l'Azienda si impegna, in particolare, a:

1. recepire i tempi massimi di attesa individuati dal PRGLA e prevedere 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 partecipazione alla spesa (ticket);
2. individuare le modalità o la specificazione delle strutture erogatrici nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa per le prestazioni del PRGLA sono garantiti almeno al 90% dei cittadini richiedenti;
3. assicurare la diffusione e l'accesso a tali informazioni in accordo con quanto specificato nel PRGLA;
4. promuovere l'adesione ai percorsi diagnostico terapeutici;

La metodologia adottata dall'Azienda per migliorare e ottimizzare la capacità di offerta e proposta dal presente Piano Aziendale prevede di procedere a:

- analisi delle aree critiche, rapportando la propria capacità di offerta con le esigenze espresse dai pazienti

e individuando le aree di sofferenza sulle quali focalizzare l'attenzione;

- analisi dei processi che determinano l'output nelle aree individuate, con uno studio dei fattori umani, strutturali, tecnologici e organizzativi che devono essere oggetto di miglioramento;
- individuazione di azioni di miglioramento per aumentare la capacità di offerta nelle aree selezionate, determinando le risorse da impiegare, i tempi di attuazione e i risultati attesi;
- determinazione di azioni di monitoraggio periodiche per la valutazione dei risultati intermedi e finali;
- eventuale modificazione delle azioni realizzate in seguito ai risultati raggiunti e alle modifiche intercorse nel periodo;
- messa a regime del processo con monitoraggio continuo ed eventuali correzioni relative.

### ***Fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni***

Il presente Piano Attuativo Aziendale aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa, in recepimento di quanto previsto dal Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-21 della regione Campania, che comprendono:

- 69 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 visite specialistiche e 36 prestazioni di diagnostica strumentale e 19 altri esami specialistici;
- 17 in regime di ricovero ordinario o diurno.

Si riportano nelle tabelle le prestazioni ambulatoriali e di ricovero del Piano Regionale Governo Liste d'Attesa 2019-2021 per i quali vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa e recepiti con il presente Piano Attuativo Aziendale.

Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione:

- le visite di primo accesso e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito al meno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D.

La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.

A decorrere dal 1° gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P da eseguirsi da tale data entro 120 giorni (180 gg fino al 31/12/2019).

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

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

**U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

**B (Breve)**, da eseguire entro 10 giorni;

**D (Differibile)**, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

**P (Programmata)**, da eseguire entro 120 giorni\*

## A.O.R.N. OSPEDALI DEI COLLI (Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI

### VISITE SPECIALISTICHE

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

### PRESTAZIONI STRUMENTALI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
N° progr.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice LEA nuovi
15	Mammografiabilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografiamonolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace senzae con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addomesuperiore	88.01.1	88.01.1

## A.O.R.N. OSPEDALI DEI COLLI (Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI

20	TC dell'addomesuperiore senzae con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addomeinferiore senzae con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale Lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale Toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello specolombosacrale Senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e troncoencefalico, Giunzione cranio spinale e relativo	88.91. 1	88.91. 1
35	RM di encefalo e troncoencefalico, Giunzione cranio spinale e relativo	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferior e scavopelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferior e scavopelvico Senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco(color) dopplergrafi cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco(color)dopplergrafia dei tronchi Sovra aortici	88.73.5	88.73.5

## A.O.R.N. OSPEDALI DEI COLLI (Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI

43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1

## A.O.R.N. OSPEDALI DEI COLLI (Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI

45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolor Doppler degli arti inferiori arterioso e/ovenoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5

### ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N° progr.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice LEA nuovi
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1



## A.O.R.N. OSPEDALI DEI COLLI (Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI

61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2

63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitative fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTOINFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE . Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

## PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Per tutti i ricoveri programmati l'Azienda preve l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNGLA 2010-2012 di cui alle tabelle sotto riportate

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi

<b>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>C</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>D</b>	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati al meno entro 12 mesi.

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato.

<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO</b>			
<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 tumore malign Mammella	85.2x; 85.33;85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
<b>2</b>	Interventi chirurgici tumore malign Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
<b>3</b>	Interventi chirurgici tumore malign colon	45.7x; 45.8;45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
<b>4</b>	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
<b>5</b>	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da68.3xa68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
<b>6</b>	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
<b>7</b>	Interventi chirurgici per tumore malign della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
<b>8</b>	Bypass aortocoronarico	36.1x	
<b>9</b>	Angioplastica Coronarica(PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
<b>10</b>	Endoarteriectomia carotidea	38.12	

<b>11</b>	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85;00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
<b>12</b>	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4;32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
<b>13</b>	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
<b>14</b>	Coronarografia	88.55 -88.56 -88.57	

<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO</b>			
<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codici Intervento ICD-9-CM</b>	<b>Codici Diagnosi ICD-9-CM</b>
<b>15</b>	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
<b>16</b>	Emorroidectomia	49.46-49.49	
<b>17</b>	Riparazione ernia inguinale	53.0x-53.1x	

### ***Azioni dirette e indirette per garantire l'appropriatezza delle prestazioni***

Nel caso di prescrizione di una prestazione specialistica ambulatoriale, all'indicazione della classe di priorità posta in sede prescrittiva dal MMG/PLS, corrisponde una diversa tempistica di prenotazione della prestazione da assicurare presso la struttura erogante.

Nel presente Piano Aziendale, tale tempistica è conforme a quanto previsto dal PRGLA 2019-2021 e come tale recepita, e si applica limitatamente alle prescrizioni delle prime visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative ovvero quelle che presentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

Le liste di attesa per tali prestazioni, di conseguenza, si compongono sistematicamente e obbligatoriamente tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore sull'impegnativa, con la specifica intuitiva che i pazienti con uguale livello di priorità vengano trattati secondo l'ordine cronologico di prenotazione (giorno e ora di registrazione nel sistema).

In tal modo, si realizza, presso l'azienda, una stratificazione della domanda rispetto alla quale il monitoraggio dei tempi consente una rimodulazione efficace della capacità di offerta.

Nel caso in cui l'impegnativa non riporti indicazione della classe di priorità per le prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P.

I tempi massimi di attesa si intendono tali in base ai criteri di priorità indicati, sistematicamente e obbligatoriamente nelle prescrizioni del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta - nel caso delle prestazioni ambulatoriali - o del Medico Ospedaliero preposto alla accettazione della richiesta di ricovero - nel caso di prestazioni di ricovero.

Essi prevedono l'individuazione di standard attesi secondo le seguenti classificazioni, valide, rispettivamente, per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

I tempi massimi così stabiliti per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e di ricovero dall'Azienda sono definiti in base alle priorità di accesso ad essi assegnate.

Il metodo dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso un incremento dell'offerta si è universalmente dimostrato inefficace, dato che la domanda cresce proporzionalmente rispetto all'offerta, e risente di altri

fattori quali l'incremento della specializzazione della medicina, il progresso della tecnologia e fattori di ordine culturale e sociologico.

E opportuno in alternativa sperimentare ed implementare modalità basate sulla selezione delle priorità e dei criteri di appropriatezza prescrittiva e organizzativa e ispirate a principi di evidence based medicine, nelle quali un ruolo centrale è occupato dalla stretta integrazione tra medici di medicina generale e medici erogatori delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo generale è quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità indicata.

Tale obiettivo si realizza attraverso la definizione dei volumi di attività per ogni prestazione in ciascuna classe di priorità e per tipologia di bisogno espresso (quesito diagnostico).

L'attribuzione della domanda ad una specifica classe di priorità deve differenziare il tempo di risposta del sistema, secondo regole predefinite e condivise, coerenti con le indicazioni nazionali, anche al fine di garantire la comparabilità dei dati.

Con il presente Piano Aziendale, si introducono degli elementi di governo delle attese specificamente orientati a promuovere l'appropriatezza della domanda, all'implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici, all'implementazione dei criteri di priorità e delle verifiche di congruenza tra quesito diagnostico e prestazione richiesta e alla riorganizzazione dell'offerta per tipologia d'accesso (prime visite, primi accessi, controlli ecc).

La stessa stratificazione della domanda per priorità si basa sul principio di appropriatezza espresso dai LEA, ovvero sul rispetto delle indicazioni cliniche per le quali una prestazione si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato (fare la cosa "giusta", al paziente "giusto", nel momento "giusto", nel modo "giusto").

Con il presente Piano Aziendale, si forniscono indicazioni per la gestione dell'accesso alle prestazioni, sia ambulatoriali che di ricovero, in base a modelli di priorità e di congruenza tra quesito clinico e prestazione erogata (appropriatezza prescrittiva), ma anche tra quesito clinico, gravità/intensità assistenziale e giusto setting di cura in base a tempi e risorse (appropriatezza organizzativa).

Qualunque ipotesi di revisione organizzativa sui tempi d'attesa non può prescindere da un'attenta analisi dell'efficacia di quello che viene erogato e della necessità/adequatezza in rapporto alla patologia dell'utente o anche al tipo di approccio organizzativo che viene utilizzato. Ciò anche in rapporto alla forte evoluzione tecnologica che si sta verificando e che pone continuamente gli operatori di fronte a scelte diagnostiche e terapeutiche rinnovate, con l'esigenza di comprendere quali siano le prestazioni realmente idonee e quale sia il loro migliore livello di utilizzo.

Con il presente Piano Aziendale, la garanzia dell'appropriatezza verrà perseguita attraverso meccanismi diretti, agenti sulle prescrizioni (è il caso dei ricoveri programmati, rispetto ai quali lo specialista ospedaliero è diretto responsabile dell'ammissione del paziente e titolare dell'assegnazione del codice di priorità e dell'indicazione al tipo di percorso assistenziale da offrire).

Tra gli strumenti adottati a supporto degli obiettivi di appropriatezza e razionalizzazione dell'offerta saranno utilizzati dall'Azienda:

- il sistema dei controlli interni - Controllo di Gestione, Budget-Valutazione delle Performances e della Dirigenza;
- il sistema informativo aziendale e il cruscotto gestione liste d'attesa (entrambi orientati ad accogliere elementi di linkage tra indicazioni diagnostiche, prestazioni e relativi indicatori di monitoraggio);
- il modello Dipartimentale.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal SSN devono obbligatoriamente riportare nelle procedure di prenotazione l'indicazione di prima visita e controllo.

La differenziazione, infatti, tra una prima visita specialistica e visita successiva o controllo, ha un impatto significativo sia sulla gestione delle liste di attesa che sul monitoraggio dei tempi di attesa, effettuato solo sulle prime visite.

La prima visita è quella in cui il problema del paziente è affrontato per la prima volta ed in cui viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di "primo accesso".

Le prestazioni così indicate sono fatte oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa tali tempi devono essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici dell'Azienda.

Per accessi successivi devono intendersi quelli che, a fronte di un inquadramento diagnostico già concluso e di un piano terapeutico già impostato, sono finalizzati a seguire, su indicazione del medico prescrittore, l'evoluzione della patologia o l'insorgenza di complicanze.

***Razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità e le diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, etc.)***

- L'agenda è lo strumento operativo del CUP e, come tale, regola l'offerta di prestazioni di una struttura erogatrice e la relativa articolazione. La costruzione dell'agenda avviene definendo uno spazio temporale di erogazione (per ciascuna seduta di attività pianificata, per le quali è possibile indicare il numero di pazienti prenotabili o le durate di esecuzione e di preparazione per ciascuna delle prestazioni previste). Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, che ovviamente varia a seconda del tipo di prestazione, una volta definito il tempo di apertura del servizio, è possibile misurare l'offerta sanitaria in termini di quantità delle prestazioni prenotabili nell'agenda stessa.
- L'intera offerta di prestazioni dell'Azienda viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende, in funzione dei diversi regimi di erogazione. Pertanto, per ogni struttura erogante, viene definita la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione, in modo da permetterne la gestione al Back-office.
- Il dimensionamento delle disponibilità sia per prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche (le prestazioni, cioè, oggetto di monitoraggio dei tempi massimi di attesa) sia per i controlli e le prestazioni indicate a seguito di prima visita e nell'ambito di follow up (ovvero l'intero volume di offerta) verrà revisionato contestualmente all'adozione formale del presente Piano, ricorrendo ad una complessiva e globale strategia di revisione e ridefinizione dell'impianto dell'offerta ambulatoriale, sia ai fini della gestione delle differenti classi di priorità che delle diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, etc.).
- Tale intervento si rende indispensabile in considerazione degli elementi di contesto espressi nel presente documento.
- Le agende di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali sono attualmente informatizzate ed inserite all'interno del sistema CUP.
- Con il presente Piano Aziendale, l'Azienda si impegna ad introdurre il nuovo sistema di attribuzione delle classi di priorità e della relativa attribuzione del tempo massimo di attesa nel sistema CUP e a tracciare informaticamente gli accessi, caratterizzandoli per classe di priorità.
- L'attribuzione di specifiche disponibilità a ciascun livello di priorità assegnata (U, B, D,P) viene effettuata suddividendo i posti complessivi disponibili per ciascuna prestazione secondo proporzioni da stabilire a priori.
- Si dispone, inoltre, che il sistema di gestione delle agende garantisca la possibilità, nel caso di non fruizione dei posti resi disponibili, di ribaltare l'offerta su tutte le altre classi in modo da calibrarla sulla domanda evitando inutili sprechi di slot di attività.

Per poter effettuare correttamente la gestione separata delle prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche rispetto ai successivi accessi e per individuare il miglior "dimensionamento" delle agende ai fini gestionali, con il presente Piano aziendale, l'Azienda adotterà provvedimenti tecnico-organizzativi per garantire che il Sistema CUP sia in grado di:

1. distinguere le disponibilità assegnate alle differenti modalità di accesso (primo accesso, accesso successivo al primo) su base struttura;
2. gestire i pazienti in lista in maniera distinta per le differenti modalità di accesso (primo accesso, accesso successivo al primo).

Il legame informativo tra primo accesso e accessi successivi va definito mediante una prassi organizzativa che assuma in carico l'utente non solo dal punto di vista sanitario, ma anche da quello organizzativo: ciò significa che le ulteriori prestazioni di cui eventualmente il cittadino ha bisogno devono essere prenotate direttamente dallo specialista che per la prima volta ha preso in carico l'utente stesso. Ovviamente tale modalità deve essere attentamente verificata e regolamentata, per definire quali sono i suoi limiti e le corrette modalità di relazione con i medici di medicina generale.

Pertanto l'agenda è lo strumento operativo del CUP e, come tale, regola l'offerta di prestazioni di una struttura erogatrice e la relativa articolazione. In particolare, l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, da parte del cittadino, si realizza con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta.

L'obiettivo generale è quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità indicata. Tale obiettivo si realizza attraverso la definizione dei volumi di attività per ogni prestazione in ciascuna classe di priorità.

Ciascuna agenda è ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda. Inoltre, i posti non occupati in una classe di priorità vengono resi disponibili, nei giorni immediatamente precedenti la scadenza, alla prenotazione in un'altra classe di priorità.

Questo meccanismo consente di utilizzare al meglio la capacità di offerta dell'Azienda, anche in momenti particolari dell'anno o per prestazioni per le quali la domanda è oscillante e non prevedibile a priori.

Ad integrazione del precedente Piano Attuativo Aziendale per il Contenimento dei Tempi di Attesa con il presente Piano aziendale, il modello organizzativo al quale l'Azienda si orienta è quello del CUP Unificato, in cui i Centri di Prenotazione dei tre Ospedali alimentando un unico strumento valido per tutti in termini di funzionalità dell'applicativo sia lato Front-end (prenotazione) sia lato Back-office (gestione delle agende e del catalogo delle prestazioni).

Dal punto di vista organizzativo gestionale, il sistema dell'offerta gestito dal CUP si articola, dunque, in una rete di punti di prenotazione che consentono di "vedere" tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili. Ogni punto di prenotazione si interfaccia con questa rete, garantendo la visione della disponibilità di prestazioni in ciascun punto della rete e differenziando, ove necessario, i livelli di accesso dei vari utenti.

Il funzionamento del Sistema CUP è reso possibile da un servizio di Back-office e uno di Front-office deputati, rispettivamente, alle funzioni di:

- pianificazione e manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione, per il Back Office. Tali attività sono raggruppabili in tre funzioni principali:
  - gestione e pianificazione delle agende di prenotazione;
  - supporto ai punti di prenotazione e di erogazione;
  - monitoraggio per il governo delle liste di attesa.
- accesso ai servizi e gestione del processo di prenotazione, per il Front-office, i cui canali di accesso fruizione sono:
  - sportello presidiato;
  - telefono/call center;
  - prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari.

Per quest'ultimo aspetto, uno specifico riferimento si riserva alla prenotazione degli accessi successivi al primo, per i quali si persegue l'obiettivo di affidare al medico ospedaliero che ha preso in carico il paziente in occasione del primo accesso, le funzioni di:

- prenotazione dei controlli successivi al primo accesso;
- coordinamento delle prestazioni (strumentali e consulenze) "dovute" al quesito diagnostico presso altre strutture dell'azienda, secondo una presa in carico del paziente.

Tali funzioni verranno assicurate attraverso lo strumento Cartella Clinica Ambulatoriale e l'utilizzo dei sistemi di gestione riservata delle agende di prenotazione e di gestione degli ordini per prestazioni di diagnostica (Order Entry).

Oltre al Day Service, infatti, tali strumenti verranno opportunamente adattati per le circostanze così identificate dalla DGRC 170/07:

“modalità integrate di erogazione per le prestazioni a valenza multidisciplinare con specialisti di strutture e branche diverse.

Per priorità cliniche si intendono le condizioni cliniche sulla base delle quali gli operatori sanitari attribuiscono al paziente un tempo di attesa ragionevole per ottenere l'erogazione della prestazione sanitaria senza comprometterne la prognosi e la qualità della vita.

Nel percorso per i ricoveri programmati, il momento prescrittivo si identifica con la valutazione dello specialista ospedaliero - a livello della struttura erogante - che conferma (o disconferma) il bisogno assistenziale individuato dal MMG/PLS e dispone l'ammissione al ricovero ospedaliero - riclassificando eventualmente la priorità indicata dal MMG/PLS - ovvero individua e coordina un percorso assistenziale alternativo, adeguato al bisogno.

In riferimento ai criteri di priorità d'accesso, dunque, le strutture deputate all'erogazione delle prestazioni prescritte (ambulatori e ospedali) realizzano un percorso differente a seconda che la prescrizione riguardi una prestazione specialistica ambulatoriale o di ricovero: nel primo caso, infatti, è il prescrittore (MMG/PLS) ad assegnare un codice di priorità basato sui criteri clinici; nel secondo, è il medico ospedaliero deputato all'accettazione del paziente al ricovero, ad assegnare un codice di priorità basato sui criteri clinici.

Nel caso di prescrizione di una prestazione di ricovero, all'indicazione della classe di priorità posta in sede prescrittiva dal MMG/PLS, corrisponde una valutazione specialistica da parte del medico ospedaliero deputato all'accettazione dei ricoveri pianificati presso la struttura erogante ed un'eventuale riattribuzione del codice di

priorità per l'ammissione al ricovero (ovvero, una riformulazione del progetto diagnostico-terapeutico precedentemente individuato dal curante).

Il medico ospedaliero preposto alla accettazione della richiesta di ricovero verifica, infatti, la proposta di ricovero del medico di MMG/PLS, valutandone l'appropriatezza relativamente ad effettiva presenza del problema segnalato (valutazione clinica), pertinenza al regime di ricovero (valutazione organizzativa) e pertinenza strutturale (idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc.), ed è titolare dell'eventuale scelta di riassegnare un diverso codice di priorità, in base alle risultanze della valutazione.

Lo stesso, inoltre, può verificare i requisiti relativi all'intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico, e all'intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili, ed è il titolare del giudizio sull'appropriatezza<sup>1</sup> del ricovero, e quindi sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera.

In ogni caso, il medico ospedaliero, cui verrà attribuito il ruolo di gatekeeper nell'accesso al ricovero pianificato, assume la responsabilità delle scelte in merito al regime assistenziale o alla classe di priorità e l'onere di agevolare il nuovo percorso terapeutico del paziente.

Alla classe di priorità così assegnata, corrisponde una diversa tempistica di prenotazione del ricovero, da assicurare presso la struttura di degenza.

In considerazione di quanto descritto i codici di priorità rispetto ai quali lo specialista orienterà il regime assistenziale e la classe di priorità, saranno definiti secondo una tabella di corrispondenza tra:

- criterio di priorità;
- significato clinico-prognostico del criterio;
- tempo massimo di attesa per il ricovero.

Con il presente Piano Aziendale, si dispone che l'organizzazione dell'ammissione del paziente al ricovero programmato e l'ordine di effettivo accesso siano determinati principalmente sulla base dei seguenti fattori:

- livello di priorità clinica
- ordine cronologico di iscrizione in lista
- risorse necessarie.

Con il presente Piano, inoltre, si sancisce l'obbligatorietà dell'indicazione della classe di priorità assegnata al paziente da inserire in lista per il ricovero e da compilarsi a cura e sotto la responsabilità del medico ospedaliero preposto all'accettazione della richiesta di ricovero.

Le Agende di Prenotazione dei ricoveri programmati rappresentano la chiave di volta per i meccanismi di revisione periodica e messa in atto delle relative procedure di verifica dell'appropriatezza attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di derogabilità delle prestazioni in regime di ricovero.

Infatti, dalle Agende di Prenotazione possono essere estratti alcuni dei dati fondamentali sia per il monitoraggio dei tempi di attesa (in particolare, la data di inserimento del paziente nell'Agenda e la Classe di priorità), sia per le verifiche di appropriatezza prescrittiva - congruenza tra quesito clinico e prestazione eseguita in ricovero - e organizzativa - scelta del setting appropriato rispetto al contenuto diagnostico-terapeutico dell'episodio di ricovero.

La realizzazione di indicatori in grado di incrociare dati relativi a classi di priorità, quesito diagnostico, tempo di attesa, tipologia di ricovero, contenuto clinico del ricovero, indicatori di degenza e DRG prodotto sarà oggetto di sviluppo del DataWareHouse aziendale e la relativa reportistica sarà valutata nell'ambito del ciclo di budget e della valutazione della dirigenza rispetto alla dimensione dei processi aziendali per gli obiettivi di appropriatezza dei ricoveri.

### ***Gli impegni dell'Azienda per lo sviluppo di PDT in area oncologica e cardiovascolare secondo gli obiettivi fissati dal PNGLA 2019-21***

Con il presente piano, si intendono adottate le Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi di cui al PNGLA 2019-21. In particolare, si recepisce la metodologia così proposta, che prevede di monitorare, nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico, i tre momenti fondamentali:

- a) "prima prestazione ": permette di identificare l'inizio del percorso diagnostico;
- b) data dell'esame "conclusivo" (per i tumori, solitamente è il citologico o istologico): informa sul momento in cui solitamente si è giunti ad una diagnosi di certezza, in base alla quale si definiranno le strategie terapeutiche;
- c) data di ricovero per l'inizio della terapia.



Il tempo trascorso tra il momento a) ed il momento b) indica tendenzialmente la fase diagnostica (anche se in realtà questa può richiedere ancora delle procedure, in particolare per la stadiazione), mentre l'intervallo b)-c) ci può dare la misura del tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica.

L'Azienda si impegna ad individuare presupposti e strategie organizzative e di intervento sui tempi di:

- "attesa diagnostica" (differenza tra la data in cui viene erogata la prestazione tracciante la conclusione della fase diagnostica e quella in cui viene erogata la prestazione tracciante l'avvio della fase diagnostica);
- "attesa terapeutica" (differenza tra data di ammissione al ricovero e data di prenotazione del ricovero)

A tal fine, l'Azienda procederà a "discutere e condividere i percorsi descritti con tutti gli specialisti e le professionalità effettivamente coinvolte negli stessi. Ciò significa che non è sufficiente confrontarsi solo con gli specialisti che hanno prevalentemente in carico il paziente (ad esempio, i chirurghi e gli oncologi), ma anche con tutti coloro che sono comunque coinvolti nel percorso (radiologi, radioterapisti, anatomo-patologi ecc.) oltre che con i soggetti che operativamente gestiscono fasi del percorso (direzione sanitaria, servizi di prenotazione, servizi informativi ecc.); tutto ciò al fine di avere un quadro che descriva effettivamente i reali percorsi del paziente nell'organizzazione aziendale, in quanto può capitare che i percorsi ideali trovino delle situazioni locali che ne modificano o adattano lo svolgimento che è necessario conoscere in dettaglio, sia per comprendere apieno la situazione sia, ove necessario, per intervenire per migliorare l'organizzazione" e a "precisare in dettaglio le singole prestazioni che vengono eseguite e identificarle in modo preciso con i rispettivi codici".

La gestione efficiente delle agende CUP per i PDT richiede l'individuazione delle prestazioni da inserire in liste di attesa distinte, in particolare quando tali prestazioni sono afferenti a specifici percorsi diagnostico-terapeutici (es. controlli specialistici, prestazioni o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita, protocolli di cura).

Infatti, per le prestazioni comprese all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici, è necessario prevedere, da parte dell'azienda, una specifica pianificazione, affinché i punti di prenotazione possano ritrovarle all'interno del Sistema delle prenotazioni. Anche la rilevazione di tali prestazioni è necessaria per conoscere la complessiva attività svolta dalle strutture eroganti e per valutarne la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee guida definite per la cura delle patologie.

### ***Indirizzi per la comunicazione***

L'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio.

Con il presente Piano Aziendale, l'Azienda si impegna a trasmettere informazioni ai cittadini riguardo al sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

Allo scopo, saranno sostenuti e potenziati strumenti quali le campagne informative, l'Ufficio relazioni con il pubblico (URP), la Carta dei servizi e la rilevazione della soddisfazione degli utenti e pienamente valorizzata la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato.

In riferimento al ricovero, al fine di favorire l'accesso dei pazienti e garantire la trasparenza degli atti sarà prevista la predisposizione di strumenti corretti di informazione all'utenza relativamente al percorso di accesso.

È, infatti, necessario - in una struttura ospedaliera che ha, nel ricovero, il principale livello di offerta, fornire riferimenti certi agli utenti nelle fasi che precedono e preparano l'accesso alla struttura permettendo un corretto orientamento e il contatto con gli interlocutori preposti a fornire le informazioni necessarie. La conoscenza di procedure e riferimenti permette inoltre all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.

Il modo più adeguato per dare attuazione a tali determinazioni è stato identificato nell'adozione di sistemi centralizzati (Accettazione Unica del Ricovero) in cui la gestione dei suddetti aspetti è affidata ad una struttura unica per le strutture sanitarie complesse.

### ***Attuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio***

Appare evidente che quanto finora esposto necessita di opportune attività di monitoraggio che, utilizzando indicatori strutturati, permetta di verificare l'allineamento dei processi e degli obiettivi definiti.

Come già chiaramente individuato con la DGRC 170/07, "La presenza dei sistemi informatizzati per la gestione

delle prenotazioni e delle prestazioni rende oggi e attività di monitoraggio molto più agevoli.

È però essenziale che si ponga sempre più attenzione alla qualità, alla leggibilità e alla confrontabilità dei dati". La raccolta sistematica delle informazioni relative al processo di accesso degli assistiti al servizio sanitario, ne garantisce l'aggregabilità qualitativa e quantitativa. Tale attività risulta chiaramente propedeutica anche nell'ottica dell'attenzione alla razionalizzazione della spesa, ex art.50 della Legge 326/2003.

Sono dettagliati di seguito i dati che, rilevati dalle prescrizioni, raccolti al momento dell'accesso ed inseriti nel sistema informativo, permetteranno elaborazioni e riscontri per acquisire informazioni essenziali finalizzate a valutare e pianificare eventuali azioni successive.

Il presente piano individua, inoltre, le azioni di monitoraggio elencate di seguito, che si basano sul presupposto che tutte le Agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP.

Ai fini del monitoraggio si prevede:

- a. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- b. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- c. Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- d. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- e. Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- f. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
- g. Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

Analogamente ai criteri dettagliati per le prestazioni effettuate per accessi SSN, si prevedono le medesime tipologie di reportistica elaborate dal sistema informativo aziendale per il monitoraggio dell'attività erogata in tale modalità.

Il presente Piano, pertanto, promuove l'informatizzazione dell'offerta di attività specialistica e diagnostica per il regime di Libera Professione, individuando disponibilità e agende dedicate, al fine di permettere una comparazione analitica dei volumi di attività erogata.

Il portale Web aziendale dovrà esporre contenuti che rispondano ai requisiti espressi nel Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa, pertanto verranno pubblicati:

- informazioni che coprono sia l'ambito ambulatoriale che quello dei ricoveri;
- informazioni su cosa si intenda per primo accesso e per controlli successivi e sulle diverse procedure di gestione dei regimi di erogazione;
- presenza (o link) della normativa di riferimento nazionale e regionale aggiornata;
- riferimenti telefonici che possono essere utilizzati per prenotarsi;
- elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per cui sono garantiti i tempi massimi regionali di attesa in caso di primo accesso;
- per ogni prestazione devono essere indicati i tempi massimi di attesa in relazione ad ogni classe di priorità;
- strumenti di ricerca per il cittadino che, per una data prestazione, forniscono le strutture che la erogano nell'azienda sanitaria;
- strumenti per il cittadino che, per una data prestazione e classe di priorità, forniscono la data di prima disponibilità e la struttura erogante aggiornate in tempo reale.

### ***Regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione e di prenotazione delle prestazioni***

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause.

Tali situazioni possono essere imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale, e pertanto devono essere individuate le soluzioni più idonee, sia per superare la contingenza "tecnica", sia per garantire la continuità del servizio intesa come prenotazione e come erogazione della prestazione al cittadino).

Per altro, occorre distinguere chiaramente l'impossibilità all'erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dall'attività di prenotazione, che materialmente può invece continuare a svolgersi. Infatti, la prenotazione costituisce una procedura di inserimento della domanda nel sistema di offerta che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l'erogazione sia interrotta, potendosi utilizzare, come sotto

descritto, delle procedure che considerino la pianificazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata.

### ***Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni***

Con il presente Piano, si assume che l'interruzione delle attività di erogazione costituisca una situazione da adottarsi solo in casi eccezionali, e nel rispetto di alcune regole, secondo le Linee Guida di cui al Mattoni SSN - Mattone 6 Tempi d'attesa:

- la regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) è esplicitamente disciplinata nel documento allegato al presente secondo una procedura formalmente approvata dalla Direzioni Aziendale, che preveda anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti;
- di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il Direttore Sanitario di Ospedale, che deve a sua volta informare la Direzione Aziendale;
- ogni evento di interruzione delle attività di erogazione viene registrato con modalità che rendano disponibili le seguenti informazioni:
  - di quale prestazione si è sospesa l'erogazione (cosa);
  - la struttura che ne ha sospeso l'erogazione (dove);
  - il motivo della sospensione (perché);
  - per quanto tempo (la durata della sospensione).

Anche se l'erogazione delle prestazioni è stata interrotta, il servizio deve proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'Azienda effettuerà, per i nuovi utenti, dei preappuntamenti indicando un periodo di massima nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione può essere successivamente comunicata all'utente.

In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per le prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione.

La sospensione dell'attività di erogazione di prestazioni sanitarie sarà rilevata presso le strutture erogatrici nel momento in cui si verifica l'evento di sospensione dell'erogazione dei servizi che può avvenire solo per una delle seguenti cause:

1. inaccessibilità della struttura;
2. guasto macchina;
3. indisponibilità del personale;
4. indisponibilità materiali/dispositivi.

Pertanto, l'Azienda rileva obbligatoriamente le sospensioni delle attività di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie al loro verificarsi e di registrarle entro 24 ore nel registro aziendale delle sospensioni sotto la diretta responsabilità del Direttore Sanitario dell'Azienda o di un suo delegato quale il responsabile liste d'attesa.

Per ogni evento di sospensione sarà specificato nel registro delle sospensioni:

- dove è avvenuta la sospensione;
- la causa (codificata in accordo con le linee guida regionali sul flusso delle sospensioni);
- la data di inizio della sospensione;
- la durata della sospensione espressa in giorni solari;
- la prestazione sospesa.

Il registro sarà accessibile dai rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori e dagli uffici regionali dell'Assessorato alla sanità che si occupano di monitoraggio delle liste di attesa.

Invece, con cadenza semestrale, il referente aziendale unico per le Liste d'Attesa inoltrerà alla regione il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo con quanto specificato nel PNGLA 2019-2021 e nelle Linee Guida Regionali sulle Sospensioni prot. n. 2011.034897 del 02/05/2011 e ss.mm.ii.

L'Azienda, inoltre, sia nel caso del flusso informativo semestrale che al verificarsi della sospensione dell'erogazione, rileva solo le sospensioni relative alla totalità dell'offerta per una determinata prestazione in una singola struttura, nel caso in cui non vi siano altre unità eroganti che mantengono la disponibilità di tale prestazione, garantendo così il servizio.

Pertanto, anche le sospensioni pianote non sono oggetto di rilevazione e monitoraggio in quanto, essendo oggetto di pianificazione, sono gestibili anticipatamente dalla struttura e non costituiscono impedimento all'erogazione della prestazione all'assistito nella data prefissata.

Si prevede con il presente Piano l'inserimento a sistema dei motivi codificati di sospensione da assegnare ad

ogni azione di chiusura agenda e la realizzazione, di fatto, di un registro informatizzato e dei relativi report.

### ***Definizione delle condizioni per l'individuazione delle misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa***

Come già indicato in Introduzione, i tempi di attesa hanno una genesi multifattoriale e complessa, il che impone che complesse e multifattoriali siano le iniziative da attuare in caso di superamento dei tempi rispetto agli standard, con l'individuazione preliminare di un ventaglio di possibili interventi che, se perseguiti nel loro insieme, possono contribuire ad affrontarlo con successo.

Ammettendo che il semplice aumento dell'offerta disponibile, peraltro primo intervento da attuare in caso di carenze, può determinare risultati favorevoli nell'immediato, ma richiede azioni complementari ed integrate per poter mantenere la propria efficacia nel tempo, il presente Piano mira a tracciare due direttive distinte di correzione:

1. Una proattiva, intesa a dimensionare sistematicamente ed in senso programmatico l'offerta di prestazioni (ambulatoriali e di ricovero) in risposta al bisogno espresso. Tale direttiva prevede il ricorso agli strumenti di pianificazione aziendale, ivi inclusi il sistema dei controlli interni, e gli strumenti dell'appropriatezza, dell'EBM, dell'epidemiologia e della demografia e della condivisione con gli specialisti.
2. Una reattiva, intesa a dare risposte mirate in caso di scostamento di specifici indicatori rispetto ad un livello soglia di standard atteso. Questa direttiva prevede il ricorso agli strumenti di monitoraggio.

### ***Misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa***

Con il presente Piano Aziendale si intendono fissate le seguenti misure di contenimento dei tempi di attesa da adottare sistematicamente in caso di superamento dei tempi massimi di attesa e da sottoporre a revisione e verifica ex post.

1. Meccanismi di Overbooking. Prevede di utilizzare una disponibilità ulteriore rispetto all'offerta di base visibile in agenda secondo due modalità:
  - Forzatura, con la quale si dispone, per ciascuna classe di priorità, di un'eccedenza di disponibilità destinata ad essere utilizzata nei casi di superamento dei tempi di attesa. Tale eccedenza è stabilita ex ante tra la Direzione Aziendale, sentito il Referente Unico delle Liste d'attesa, gli specialisti eroganti la/e prestazione/i risultata oggetto di superamento dei tempi massimi di attesa e il Back Office del CUP, ed è proporzionale alle quote di disponibilità fissate per ciascuna classe di priorità. Le forzature sono impostate ex ante e visibili nell'offerta presente in agenda, sebbene risultino contrassegnate debitamente in modo da essere differenziate dall'offerta di base.
  - Registrazione Diretta, con la quale è possibile poter sovrascrivere, per ciascuna classe di priorità, un numero concordato di prenotati maggiore rispetto alle disponibilità presenti in agenda, ed è destinata ad essere utilizzata nei casi di superamento dei tempi di attesa quando sia l'offerta di base che l'offerta in "forzatura" siano saturate. Il numero di prestazioni che può essere sovrascritto è stabilito ex ante tra la Direzione Aziendale e il Referente Unico delle Liste d'attesa, gli specialisti eroganti la/e prestazione/i risultata oggetto di superamento dei tempi massimi di attesa e il Back Office del CUP, ed è proporzionale alle quote di disponibilità fissate per ciascuna classe di priorità. La registrazione diretta, non essendo presente come offerta attiva, non è visibile in agenda; tuttavia il ricorso a tale meccanismo è quantitativamente rilevabile in modo da essere differenziato dall'offerta di base.

Entrambi i meccanismi di Overbooking sono da intendersi come misure temporanee e destinate a soluzioni di breve termine; per entrambi è necessario un accordo preliminare con la struttura erogante, anche in funzione della selezione delle prestazioni suscettibili di tale intervento (di norma, prestazioni di breve durata) e della capacità della struttura stessa di fronteggiare l'eventuale presentazione di tutti i prenotati (flessibilità della configurazione oraria dell'attività di ambulatorio).

2. Meccanismo della Revisione Periodica delle Liste. Prevede una sistematica operazione di pulitura delle stesse attraverso un contatto con il paziente per chiedere conferma della prenotazione qualche giorno prima della prestazione prenotata. Edimostrato, infatti, che, con una certa frequenza, i pazienti rinunciano alla prestazione prenotata o perché l'hanno ottenuta in tempi più brevi presso un'altra struttura o perché, nel frattempo, si sono verificate modificazioni delle condizioni cliniche.

Il meccanismo di revisione delle liste è da intendersi come misura temporanea destinata a soluzioni di medio termine. Esso va utilizzato - dato l'impegno attivo di risorse da dedicare alla pulitura - solo per prestazioni selezionate, per le quali non sia praticabile alcun meccanismo di overbooking (prestazioni complesse e/o lunghe e/o che richiedano preparazioni particolari e/o disponibilità di materiali, ecc). Tra queste, vanno inclusi anche i ricoveri.

Il Programma Attuativo Aziendale è pubblicato sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.

Nel caso in cui al cittadino non venga assicurata la prestazione nei limiti previsti dalla Regione, le singole Aziende Sanitarie, attraverso il monitoraggio continuo effettuato dal Referente Unico Liste di Attesa ed ALPI unitamente all'Organismo Paritetico Aziendale per quanto di competenza (team di garanzia), rendono disponibili i seguenti percorsi di tutela:

1. la possibilità 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, oltre all'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
2. l'utilizzo del 5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa;
3. 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 equipe, ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo i 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 del rispetto 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 laddove la Regione autorizzi gli specialisti all'utilizzo della ricetta dematerializzata.

Le Aziende si impegnano, altresì, a garantire il rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio:

1. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione, sia pubbliche che private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI;
2. i monitoraggi delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera previsti dal seguente Piano (v. Allegato B del PNGLA 2019/2021);
3. 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, app), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata;
4. 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;
5. l'individuazione delle modalità organizzative attraverso cui si garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del presente piano;
6. la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, 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 ai sensi

dell'art. 3 del D. Lgs 229/99;

7. l'attivazione dell'Organismo paritetico aziendale per le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale;
8. 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:
  - consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
  - annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
  - pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
  - visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
  - ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
  - favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;

### ***Condizioni per l'individuazione delle misure***

Le condizioni per l'individuazione delle misure vengono documentate dal monitoraggio dei tempi di attesa e da valutazioni sistematiche e valutazioni ad hoc.

Tra le valutazioni sistematiche di cui sopra, accanto alla reportistica, verranno predisposte revisioni periodiche e messa in atto delle relative procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità con particolare riferimento: all'utilizzo delle classi di priorità; alla presenza del quesito diagnostico; alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli e relativi sottoparagrafi, con il presente Piano Aziendale, l'Azienda dispone che siano resi disponibili a beneficio del Referente Unico delle Liste d'Attesa:

- report sul numero di drop-out (grazie all'utilizzo del sistema Cartella Ambulatoriale);
- report sul ricorso alla forzatura suddiviso per classi di priorità;
- report sul ricorso all'overbooking;
- report sui volumi di attività;
- report sui tempi di attesa medi.

Al referente unico Liste d'Attesa è, altresì, demandato, per le finalità di governo effettivo del sistema di accesso, l'analisi della reportistica relativa agli indicatori di performance del Sistema CUP di cui alle Linee Guida Nazionali, e cioè:

- numero di utenti e di accessi medi giornalieri;
- numero di prenotazioni effettuate;
- saturazione delle agende;
- misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate;
- statistiche di prenotazioni/prestazioni prenotate, dettagliate/sintetiche, raggruppate per struttura, unità erogante, punti di erogazione, etc.;
- variazioni dei volumi di offerta;
- rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente.

Tale reportistica e i relativi indicatori così monitorati saranno analizzati trimestralmente e saranno fatti oggetto di eventuali iniziative e strategie proposte dal Referente alla Direzione Aziendale. Queste ultime possono prevedere, condotta un'opportuna analisi organizzativa che tenga conto di fenomeni distorsivi (come un errato uso delle prenotazioni da parte dei cittadini o una richiesta inappropriata di prestazioni) soluzioni quali:

- individuazione di altre strutture aziendali alternative dove il tempo massimo sia rispettato;
- apertura/chiusura di agende e ambulatori;
- aumento/riduzione delle disponibilità di agende già esistenti.

La soluzione selezionata sarà congrua ai volumi di eccedenza erogati rispetto al volume dell'offerta di base.

- azioni specifiche di intervento sul Sistema CUP in base alle criticità rilevate.

Inoltre, il risultato ottenuto nella gestione delle liste di prenotazione delle prestazioni sanitarie costituirà elemento di valutazione dei dirigenti.

Riassumendo, le azioni che si prevede di adottare in Azienda, al fine di contenere i tempi di attesa per

l'erogazione delle prestazioni, sono le seguenti:

- analisi e monitoraggio continuo della domanda;
- valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e attuazione di interventi di ottimizzazione gestionale secondo le procedure della clinicalgovernance;
- adozione delle misure previste dalla normativa vigente per rimodulare l'offerta.

In ogni caso, il ricorso alle misure di incremento dell'offerta avverrà quindi soltanto nei casi in cui, pur essendo state attivate tutte le iniziative proattive, si renderà necessario aumentare l'offerta in quanto effettivamente carente.

### ***Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa***

La libera professione, sia quella erogata per conto e a favore dell'Azienda sia quella intramoenia, rappresenta un'opportunità per incidere sulle liste di attesa. In particolare, le prestazioni erogate in regime professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'articolo 55 comma 2 del CCNL/2000 della dirigenza medica e veterinaria costituisce un ulteriore strumento per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi di attesa, in quanto tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.

Tale tipologia di attività andrà concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo del ticket.

L'esercizio della libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni sanitarie su richiesta e per scelta dell'utente sono a totale carico di quest'ultimo.

### ***Organizzazione dell'attività libero professionale***

Con il presente Piano Aziendale, l'Azienda mira a favorire il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

In ogni caso, saranno adottati provvedimenti atti a garantire che l'attività libero professionale non superi, sul piano quantitativo nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale dell'anno precedente.

Il presente Piano aziendale dispone che l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero in regime di libera professione venga garantito secondo un accesso trasparente e tracciabile e, in ogni caso, all'interno di agende di prenotazione gestite dal Centro Unico (CUP).

Sia nel caso delle prestazioni ambulatoriali che per quelle di ricovero, l'opzione per il regime di ALPI verrà espressa dal paziente all'atto della prenotazione della prestazione.

In particolare, a livello del back office, verranno realizzate agende di prenotazione delle prestazioni espressamente dedicate all'attività intramoenia.

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, a livello del CUP verrà accolta l'esplicita richiesta del paziente e verrà a questi indicata la prenotazione nella lista dedicata all'attività intramoenia.

Per quanto, invece, riguarda il ricorso alle prestazioni in regime di libera-professione intramuraria con onere a carico dell'Azienda, avverrà soltanto quando le iniziative adottate non saranno sufficienti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa aziendali.

Con il presente Piano Aziendale, si garantisce che l'attività intramuraria venga svolta presso una sede e con tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro.

Esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica strumentale ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

Ai sensi della Legge 120/07, l'Azienda è responsabile della riscossione degli onorari.

A tal fine, tra quelli identificati dal PRGLA 2019-21, il presente Piano dispone che si individuino le seguenti modalità di riscossione della prestazione ALPI, compatibilmente con gli assetti organizzativi, luoghi e tempi di erogazione dell'offerta

tramite l'ufficio ticket, prima dell'erogazione della prestazione, attraverso moneta elettronica e PagoPA tramite bonifico bancario.

### ***Azioni-cronoprogramma-attività di controllo***

Di seguito sono definite le azioni e le attività che questa Azienda Ospedaliera mette in atto per il rispetto dei tempi attesa delle prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero.

A tal fine:

- ✓ L'Azienda assicura ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna.
- ✓ Questa Azienda sperimenterà, nell'arco di vigenza triennale del presente Piano, sulla base di specifici progetti, l'apertura delle strutture ambulatoriali 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 lettera. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria.
- ✓ L'Azienda orienterà la sua attività mirando ad utilizzare le grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva (comprensiva anche dell'attività in emergenza -urgenza), compatibilmente con le risorse di personale disponibile.
- ✓ L'Azienda provvede a garantire 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 unità operative separate tra prime visite ed accessi successivi. Provvede, ancora, a garantire la totale visibilità da parte del sistema informativo aziendale 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.
- ✓ 4) L'Azienda provvede a migliorare e potenziare l'attivazione di servizi anche di tipo telematici, dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate, nonché all'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. A tal fine, l'Azienda garantisce 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"
- ✓ L'Azienda definisce annualmente il fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse: patologie di accesso con l'adozione del piano delle prestazioni erogabili, che deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmata in risposta ai fabbisogni previsti, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/ primi esami e controlli.
- ✓ L'Azienda si impegna ad individuare 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 di ricevere comunque la prestazione nel rispetto della sua classe di priorità con sistemi aggiuntivi messi in atto dall'azienda come l'eventuale acquisto e 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. 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.
- ✓ 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'Azienda garantisce 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 dal presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sul proprio sito, ovvero campagne informative o ancora tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), la Carta dei servizi, nonché la partecipazione di utenti e di



associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.

- ✓ L'Azienda si impegna, nell'ambito del triennio di vigenza del presente Piano, a potenziare il sistema di CUP aziendale, prevedendo anche l'accesso online che permetta al cittadino la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Il potenziamento del sistema CUP deve consentire all'utente, già al termine del primo anno del triennio di vigenza, di:
  - favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie;
  - consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
  - annullare le prenotazioni effettuate anche attraverso i CUP online;
  - pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito ovvero attraverso sistemi di pagamento elettronici realizzati per rendere più semplice, sicuro e trasparente qualsiasi pagamento verso la Pubblica Amministrazione (PagoPA), in quanto quest'ultimo risulta essere un sistema semplice, standardizzato, affidabile e non oneroso per la Pubblica Amministrazione e più in linea con le esigenze dei cittadini. Si precisa che il sistema pagoPA è stato realizzato dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) in attuazione dell'art. 5 del Codice dell'Amministrazione Digitale e del D.L. 179/2012, come convertito in legge;
  - visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
  - ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.

Il responsabile delle liste di attesa deve provvedere

- A vigilare sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
- A vigilare 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;
- A Coinvolgere e assicurare la partecipazione delle organizzazioni di tutela e diritto alla salute, nelle fasi del monitoraggio.
- A vigilare sul rispetto dei tempi di attesa che deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate in regime istituzionale ed in intramoenia;
- A vigilare sulle modalità di monitoraggio delle prestazioni assistenziali rese in regime ambulatoriale ed in regime di intramoenia, verificando gli scostamenti rispetto ai tempi massimi così come definiti nel presente Piano e proponendo alla Direzione Sanitaria Aziendale le azioni da mettere in atto per la risoluzione delle criticità evidenziate. Parimenti, l'attività di vigilanza e le relative azioni correttive devono essere esercitate anche in ordine all'attività erogata in regime di intramoenia al fine di evidenziare la presenza di critici scostamenti rispetto ai tempi dell'attività istituzionale. Anche in tali circostanze propone alla Direzione Sanitaria le relative azioni correttive.
- A vigilare sulla effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione, quelle relative all'attività istituzionale e alla libera professione intramuraria nel sistema CUP.