

(Nuovo allegato 2)

PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2022-2025

INTRODUZIONE

Il governo e la gestione delle liste di attesa rappresentano una sfida per il Servizio Sanitario Regionale già presente da anni, tanto che in passato sono stati adottati provvedimenti tesi a contenere i tempi di attesa. La pandemia COVID ha certamente acuito il problema. Infatti nelle crisi epidemiche che si sono susseguite, dal febbraio 2020 in poi, si è reso necessario adottare misure volte al contenimento della diffusione virale. Esse hanno comportato la sospensione di tutte le attività programmabili, la garanzia delle attività indicate come non procrastinabili e la adozione di misure di sicurezza tali per cui i tempi delle singole prestazioni sono notevolmente aumentati. Al superamento di ogni crisi epidemica, la Regione Umbria ha adottato provvedimenti volti al recupero delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela. Al momento attuale, sebbene vi sia stata una riduzione dei volumi delle prestazioni sospese rispetto a quelle presenti nel giugno 2020, la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni che sono state generate durante e dopo le crisi epidemiche sta evidenziando delle criticità strutturali che, in prospettiva, rendono sempre più complessa la gestione ed il governo delle liste di attesa.

La decorrenza del presente piano è a partire dal 1° luglio 2022.

L'abbattimento delle prestazioni presenti in Percorso di Tutela, sarà oggetto di un Piano operativo definito, sentite le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Il governo delle liste di attesa deve essere incentrato su tre cardini:

- A. Governo della domanda
- B. Governo della offerta
- C. Monitoraggio e controllo dei processi

Tali cardini sono importanti sia per il governo delle liste di attesa di specialistica ambulatoriale che per le liste di attesa dei ricoveri anche se la maggior parte degli interventi sono declinati per le prestazioni ambulatoriali, gli elementi generali sono ovviamente di cornice anche per le prestazioni di ricovero.

Il piano regionale individua gli interventi richiamando i punti specifici del PNGLA:

- 1. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa
- 2. Monitoraggio, controllo, valutazione
- 3. Attività Libero Professionale Intramuraria
- 4. I Programmi Attuativi Aziendali
- 5. Funzioni di Coordinamento
- 6. Indicatori e monitoraggio

A. GOVERNO DELLA DOMANDA

Il governo della domanda passa inevitabilmente attraverso il confronto con i Medici prescrittori, siano essi Medici di Medicina Generale oppure Specialisti.

- a) Analisi eseguite su tutte le richieste di prestazioni specialistiche eseguite nel 2021, hanno dimostrato che in più della metà delle richieste non era esplicitato il quesito clinico. La norma ha ampiamente stabilito, da anni, la obbligatorietà della indicazione, ma il dato osservato implica un più stringente richiamo ai vari medici prescrittori, allo scopo di emettere richieste supportate da una valutazione clinica completa.
- b) Un altro elemento di riflessione è rappresentato dal dato MES secondo il quale la Regione Umbria presenta un più alto numero di richieste di RMN della colonna vertebrale e muscolo-scheletriche, al netto della pesatura per età della popolazione. Anche in questo caso è necessario definire con gli Specialisti e con i Medici richiedenti, percorsi condivisi al fine di realizzare un percorso guidato

all'atto della richiesta che indichi i potenziali rischi di inappropriatezza, fermo restando il giudizio clinico del Medico Prescrittore. Analogamente anche per gli esami endoscopici, in particolare la colonscopia, vi è la necessità di una maggiore condivisione di percorsi perché le richieste di esami siano maggiormente aderenti alle Linee Guida delle Società Scientifiche.

- c) In considerazione di quanto detto relativamente alle richieste di Risonanze Magnetiche e di Colonscopie, sono già attivati tavoli regionali con gli specialisti interessati proprio nell'ottica di definire percorsi condivisi con tutti medici richiedenti per ridurre i margini di inappropriatezza. Tale metodologia dovrà essere estesa anche ad altre branche specialistiche.
- d) Particolare attenzione dovrà essere posta alla completa compilazione di tutti i campi della ricetta dematerializzata, tra cui la specifica di prestazione indotta o meno.
- e) I tempi di attesa che si prolungano inducono spesso il Medico richiedente a richiedere la medesima prestazione per lo stesso Paziente con priorità RAO sempre ravvicinate (da una richiesta iniziale in RAO D, si passa ad una richiesta con classe RAO B, ecc.). Questa rappresenta un ulteriore elemento di disservizio e di potenziali conflitti circa la reale attribuzione di cui il Paziente ha necessità. Per tale motivo solo la prima richiesta redatta dal medico richiedente con la tempistica più appropriata rispetto ai bisogni del cittadino, sarà caricata a sistema, le altre verranno ignorate.
- f) Un fenomeno ricorrente è rappresentato dalla mancata presentazione del Paziente ad un dato appuntamento. Questa eventualità determina chiaramente molti disservizi, poiché implica la disponibilità della equipe, della macchina ed il "tempo esame". Un esame mancato senza preavviso rende non utilizzabile sia la equipe, che la macchina. Laddove si verifichi la eventualità del drop out, l'Utente verrà automaticamente cancellato dalle liste degli appuntamenti/Percorsi di Tutela ed, eventualmente, dovrà eseguire una nuova richiesta di esame. Allo stesso viene addebitato il pagamento del ticket, ai sensi della normativa vigente.
- g) La prenotazione della prestazione avviene in base alla disponibilità nelle agende che saranno riferite al territorio della ASL di riferimento, Azienda Ospedaliera e Strutture private accreditate e convenzionate presenti nel territorio della ASL. Il cittadino spesso richiede la erogazione della prestazione in sedi prossime al proprio domicilio. Se queste non sono disponibili ed il Sistema ha la possibilità di offrire la stessa prestazione in sedi più lontane (nell'ambito del territorio della ASL o in territorio regionale), il cittadino è tenuto ad accettare tale offerta dal momento che essa è basata sul principio del rispetto dei tempi indicati secondo il criterio RAO. Il rifiuto da parte del cittadino determina la cancellazione o non accettazione della prenotazione.
- h) Spesso le richieste di prestazioni sono generate anche in virtù del principio di autotutela (medicina difensivistica) più che sul reale di bisogno del Paziente in virtù della sua condizione clinica. Le esperienze realizzate nel territorio regionale, sebbene in maniera molto disomogenea, hanno comunque sempre confermato che la possibilità di un confronto/consulto tra medico richiedente e specialista interessato, nei casi in cui non sia chiara la tempistica necessaria rispetto al dato quesito clinico, determina un marcato aumento della appropriatezza ed una riduzione della domanda dal momento che non sono generate richieste "generiche".

B. GOVERNO DELLA OFFERTA

Il governo della offerta si basa sulla organizzazione che le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere e le Strutture Private accreditate e convenzionate presentano rispetto alla domanda.

- a) I due principi portanti il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 sono: aderenza ai tempi RAO e la prossimità della sede di erogazione. Essi si sono rivelati di difficile integrazione stante la disomogeneità territoriale di disponibilità di risorse specialistiche, tecnologiche e di strutture private accreditate e convenzionate. Non c'è dubbio che il criterio dei RAO (prestazioni di classe U,B,D,P), introdotto proprio nell'ottica di fornire la prestazione necessaria al paziente nei tempi legati alla specifica condizione clinica, rappresenti il criterio maggiore da seguire nella risposta che il Servizio Sanitario Regionale deve fornire all'Utente. Il criterio della prossimità viene mantenuto laddove vi sia disponibilità nelle agende, partendo dal presupposto che l'offerta specialistica viene espressa come offerta data dalla Azienda Sanitaria di residenza, Azienda Ospedaliera di riferimento e Strutture private accreditate e convenzionate

presenti nella stessa Azienda Sanitaria (Area Nord ed Area Sud). In tal modo si creano due ampi bacini di offerta (Area Nord ed Area Sud) che esprimono il massimo della potenzialità dell'offerta mettendo a disposizione tutte le risorse disponibili, superando, di fatto, la logica della gestione distrettuale delle agende.

- b) Gli aspetti quali-quantitativi delle prestazioni erogate dalle Strutture private accreditate e convenzionate saranno oggetto di accordi frutto dei tavoli di lavoro dedicati.
- c) Le Aziende Ospedaliere renderanno disponibili per le attività gestite dai CUP di I° livello il 50% delle prestazioni previste nei piani di lavoro delle loro Strutture
- d) La saturazione della offerta nell'ambito di una delle due Aree (Nord o Sud), comporta la ricerca della disponibilità anche nell'altra Area.
- e) La logica della organizzazione della offerta di servizi dovrà perciò rispondere ai criteri di massima disponibilità, massimo miglioramento della appropriatezza e confronto fra professionisti con la finalità di effettuare richieste di prestazioni effettivamente necessarie e mirate.
- f) L'offerta dei servizi si articolerà sulle 12 ore (8 – 20) tutti i giorni.
- g) E' obiettivo generale quello di definire un tempario unico regionale.
- h) Tale disponibilità potrebbe non rivelarsi sufficiente. In tal caso l'eccesso orario derivante dalla necessità di erogare le prestazioni previste, sarà considerato come produttività aggiuntiva.
- i) Spesso i Servizi erogatori ricorrono alla "accettazione diretta" la quale, sebbene eseguita con la finalità di erogare prestazioni in attesa, rappresenta una metodologia che non consente un corretto monitoraggio dello scorrimento dei percorsi di tutela e si presta ad una minore trasparenza della gestione delle liste di attesa. Per tali motivi, la accettazione diretta è vietata.
- j) Nel caso in cui le agende su tutto l'ambito regionale fossero occupate, sarà attivata automaticamente dai CUP, una disponibilità ulteriore del 20% per ogni struttura erogante, a partire da quelle con minor numero di posti in agenda già assegnati. Infatti, se le agende dovessero essere già tutte occupate, l'appuntamento verrà fissato l'ultimo giorno del RAO corrispondente presente nella richiesta.
- k) La Struttura erogante potrà gestire tale eccesso di prestazioni in base alla propria organizzazione.
- l) Se anche in questo caso il sistema non presenta disponibilità, l'Azienda di residenza, utilizzando i report resi disponibili per il monitoraggio delle disponibilità, attiverà ulteriori provvedimenti, quali ad esempio: apertura serale, acquisto di prestazioni in ALPI, accordi interaziendali dedicati. Tali attivazioni saranno decise in autonomia dalle Aziende in virtù delle criticità presenti.
- m) La finalità è quella di dare comunque al cittadino una data di accesso alla prestazione.
- n) Le agende devono essere accessibili per i 365 giorni dell' anno solare con monitoraggio eseguito da Puntozero Scarl.
- o) E' importante separare il percorso dei controlli da quelli dei primi accessi. Infatti il percorso dei controlli è legato alla necessità di valutare l'effetto della terapia, o l'andamento del quadro clinico. Per tale motivo la prescrizione del controllo sarà a carico dello specialista nel caso in cui sia stata richiesta la visita specialistica.
- p) Lo Specialista potrà avvalersi delle piastre ambulatoriali o, comunque, dei percorsi di II° livello con la presa in carico del Paziente con l'obbligo di produrre la relazione finale da inviare al Medico di Medicina Generale.
- q) Il Medico di Medicina Generale avrà il ruolo critico del corretto inquadramento iniziale del Paziente e della appropriata richiesta degli accertamenti necessari a tal fine.
- r) Nel caso in cui il quadro clinico sia stato gestito dal Medico di Medicina Generale, egli potrà richiedere la visita di controllo, indicandolo chiaramente nella ricetta.
- s) Sebbene il presente Piano sia essenzialmente rivolto alla gestione delle prestazioni specialistiche, va sottolineata la attività di monitoraggio dei ricoveri chirurgici e l'avvio del Laboratorio Chirurgico, come elemento propedeutico alla costruzione di percorsi di appropriata gestione sia in base alla gravità della patologia, sia del setting assistenziale più adeguato per il contesto clinico della persona.

C. MONITORAGGIO E CONTROLLO DEI PROCESSI

Fermo restando quanto previsto dal Piano Nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021, le strategie per il monitoraggio e controllo dei processi sono:

- Governo del piano delle liste di attesa da parte delle Aziende Sanitarie che devono individuare entro 30 gg. un REFERENTE UNICO SANITARIO da comunicare alla Direzione Salute e Welfare con l'incarico specifico di monitorare e vigilare sulla corretta applicazione di tutti gli interventi previsti dal piano e rapportarsi con il referente regionale
- Le aziende devono rispettare i tempi di attuazione dei processi indicati nei paragrafi successivi e il rispetto di tali tempistiche rappresenta obiettivo specifico anche per i Direttori Sanitari e i Direttori Amministrativi
- Le Aziende devono assegnare obiettivi alle U.U.O.O. e ai professionisti per il rispetto delle disposizioni del piano e il raggiungimento degli obiettivi previsti per la garanzia dei tempi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle chirurgiche.
- L'Azienda Punto Zero renderà disponibili, nei tempi concordati con la Direzione Salute e Welfare, il calcolo degli indicatori elencati nel successivo paragrafo 6 e renderli disponibili nel cruscotto regionale già attivo visibili alla Regione e alle Aziende implementandolo di tutte le funzioni necessarie al monitoraggio. Attualmente è operativo il cruscotto sui tempi di attesa. Saranno attivati altri progetti finalizzati al completamento del cruscotto regionale.
- L'Azienda Punto Zero deve informare e sensibilizzare gli operatori CUP delle modalità di applicazione del Piano.
- La Regione e le Aziende promuovono una campagna comunicativa sull'adozione del presente piano e delle sue regole applicative.
- La Regione e le Aziende definiscono le necessità formative per l'implementazione del piano.

1. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Fermo restando quanto previsto dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, si indicano di seguito le ulteriori misure e le attività che devono essere garantite da tutte le Aziende:

1a. Tempi massimi di attesa per prestazioni ambulatoriali (punto 1. PNGLA)

Primi accessi:

Per tutte le prestazioni soggette a prescrizione con l'indicazione della classe di priorità con l'utilizzo dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione.

Per tutte le altre prestazioni non soggette a metodica RAO il tempo massimo di attesa da garantire è di 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali.

Accessi successivi:

Per gli accessi successivi il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è il tempo indicato dallo Specialista, che prende in carico il Paziente, con l'appuntamento già indicato nella relazione clinica.

Nel caso dei controlli l'agenda è definita direttamente dallo Specialista.

Ai fini di una corretta applicazione di quanto indicato al presente paragrafo si richiamano le seguenti definizioni riportate nell'Allegato D del PNGLA 2019-2021:

Il tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione.

Il tempo massimo di attesa rappresenta il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta (prenotazione) delle prestazioni e l'erogazione delle stesse.

Per **data di contatto/prenotazione della prestazione di specialistica ambulatoriale** si intende la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data di contatto è un concetto riferibile a qualunque modalità di accesso al sistema di prenotazione, anche, ad esempio, nel caso in cui sia direttamente il medico prescrittore che provvede ad effettuare la prenotazione (in questo specifico caso, esisterebbe coincidenza tra data di prescrizione e data di contatto). Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle preliste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto/prenotazione, e quindi quella di inserimento in una eventuale pre-lista. Si sottolinea che il tempo di contatto/prenotazione, definibile come differenza tra data di contatto/prenotazione e data di prescrizione della prestazione, può dipendere da diversi fattori imputabili sia a scelte dei cittadini (ritardi nell'accedere al sistema di prenotazione), che a inefficienze del sistema di prenotazione (es.: difficoltà di accesso al sistema).

Primo accesso: prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Accesso successivo: visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

1b. Tempi massimi di attesa per prestazioni di ricovero (punto 1. PNGLA)

Per i ricoveri programmati oggetto di monitoraggio indicati nell'elenco al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione. Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA 2019-2021, sono:

Classe di priorità 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	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
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che noncausano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

1c. Azioni per l'ottimale utilizzo delle strutture e delle apparecchiature (Punto 2. e punto 3. PNGLA)

Le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere e le Strutture private accreditate e convenzionate devono provvedere alla razionalizzazione e all'ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni tenendo conto sia delle effettive necessità assistenziali del territorio sia della domanda rilevata.

Le Aziende dovranno:

- prevedere l'apertura degli ambulatori specialistici con orario 8 – 20 tutti i giorni;
- prevedere turni di massimo utilizzo della strumentazione programmando una apertura di 12h/die con professionisti provenienti anche da altre Aziende Sanitarie (integrazione Ospedali-territorio, equipe multidisciplinari e multiprofessionali). Prevedere in particolare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini al massimo 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 evidenzi 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;
- rimodulare i budget con le strutture private accreditate, definendo preventivamente i fabbisogni della Azienda;
- prevedere contratti di assunzione per il personale da coinvolgere nel presente Piano (medici, infermieri, tecnici, ecc) o altre forme di utilizzo di personale;
- utilizzare lo strumento della produttività aggiuntiva al fine di garantire l'offerta specialistica entro i termini previsti dai RAO;
- prevedere l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale;

1d. Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (Punto 6. PNGLA)

I medici specialisti al momento dell'erogazione della prestazione **dovranno attribuire la Classe di priorità per tutte le prestazioni** per le quali è prevista la griglia RAO, al fine di consentire l'analisi della **concordanza della Classe** assegnata ai singoli casi.

Per l'accesso a **prestazioni ambulatoriali invasive o a forte rischio di inappropriatazza** dovranno essere condivisi con il Comitato dei MMG e PLS strumenti volti al miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva, quali ad esempio:

- **Percorso assistito nella formulazione della richiesta con la indicazione dei passaggi ad elevato rischio di inappropriatazza (Indicazioni definite dai tavoli tecnici regionali che in questa prima fase hanno coinvolto radiologi e gastroenterologi endoscopisti).** Nei casi dubbi o in cui non sia chiara la tempistica da seguire circa i tempi di esecuzione della prestazione, il MMG prescriverà la relativa richiesta di visita specialistica per presa in carico con priorità B (entro 10 giorni) o D (30 giorni) anziché gli specifici esami diagnostici; in questi casi il servizio di competenza assicura la presa in carico del paziente provvedendo alla prescrizione e alla contestuale prenotazione (già sperimentato nel distretto Alto Chiascio della USL Umbria1) per le richieste di colonscopia.

E' **obbligatoria la esecuzione della concordanza** da parte dello specialista relativamente alla categoria RAO indicata dal Medico prescrittore.

Dovranno inoltre essere utilizzati gli strumenti necessari per intercettare gli utenti:

- che effettuano una **prestazione prevista dagli screening fuori dal programma** ad essi riservato, e non risultano aver aderito al programma;
- che effettuano una **prestazione prevista dagli screening aggiungendo un esame intermedio** rispetto a quanto previsto dal programma stesso a cui hanno aderito.
Tali informazioni dovranno essere trasmesse ai MMG al fine di informare i propri pazienti relativamente al corretto percorso da seguire.

Tutte le azioni sopra descritte dovranno essere condivise con i MMG e i PLS nell'ambito delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e con i medici specialisti.

Le **richieste non conformi** alle regole prescrittive (assenza di classe Rao per le prestazioni che lo prevedono, assenza di quesito diagnostico, richiesta di controllo senza indicazione del tempo di erogazione....) **non potranno essere accettate dall'operatore CUP**. L'utente dovrà munirsi di valida ricetta redatta dal Medico prescrittore, che avrà cura di redigere la richiesta secondo le vigenti regole prescrittive.

1e. Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di ricovero (Punto 6. PNGLA)

Ferme restando le misure definite dalle norme nazionali e le azioni previste fino ad oggi con atti e note regionali, le Aziende devono provvedere a potenziare l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI) ridefinendo il proprio assetto organizzativo in modo da ridurre i ricoveri inappropriati.

L'inserimento in lista di attesa chirurgica deve avvenire nel rispetto delle indicazioni delle classi di priorità e della complessità clinica come da piano operativo di cui alla DGR 374/2022.

Le Aziende devono garantire l'inserimento in lista di attesa con indicazione degli elementi essenziali quali, oltre all'anagrafica del paziente, la data di inserimento, la classe di priorità, gli elementi per valutare la complessità clinica (diagnosi principale e intervento proposto con descrizione desumibile da ICD-C9-CM per ipotizzare DRG di riferimento), il setting assistenziale preposto.

Le Aziende devono monitorare l'intero percorso chirurgico dalla visita, all'inserimento in lista di attesa, al ricovero, all'utilizzo della sala operatoria con dettaglio dei tempi previsti dal monitoraggio come da progetto ministeriale. Le aziende sono già dotate dello stesso SW di gestione dell'intervento chirurgico e per il raggiungimento degli obiettivi indicati le azioni sono:

- attivazione del percorso chirurgico informatizzato per il monitoraggio complessivo delle liste di attesa chirurgiche (progetto sale operatorie)
- attivazione del laboratorio chirurgico con individuazione dei professionisti clinici per branca (1 per branca per azienda) per definire le priorità cliniche di inserimento in lista di attesa e omogeneizzare le procedure aziendali per l'inserimento in lista di attesa dei pazienti chirurgici.

1f. Adeguamento del Sistema CUP regionale e Potenziamento servizi per la gestione delle disdette/modifiche delle prenotazioni (Punto 7. PNGLA, Punto 8. e punto 12. PNGLA)

Il sistema CUP regionale deve garantire la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato- Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Tale sistema deve inoltre essere adeguato dal punto di vista informatico ed organizzativo in modo da garantire tutte le azioni previste dal presente Piano. A tale scopo viene istituito il **back office unico regionale**. E' gestito da Puntozero Scarl che provvede al supporto tecnico della gestione delle agende grazie alla rimodulazione dei CUP e del NUS in termini di:

- Nuove modalità di organizzazione del servizio (sviluppo di Smart CUP e Back Office Unico Regionale)
- Ruolo pro-attivo e supporto alle Aziende per la implementazione delle piastre ambulatoriali,
- Innovazione digitale di processi quali la prenotazione da parte degli Specialisti, la dematerializzazione delle ricette, automazione dell'invio degli SMS informativi, ecc.)
- Possibilità di prenotazione da parte di CUP, FARMACUP, SMARTCUP, CUP-online e NUS su strutture private accreditate e convenzionate
- Consentire nelle AFT ai MMG di prenotare direttamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale contestualmente alla prescrizione.

Al fine di governare il fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente dovranno essere **consolidati ed eventualmente ampliati i servizi telefonici (compresi Recall e NUS – Numero Umbria Sanità, servizi attivi già da tempo nella nostra Regione) e i servizi telematici** (sms, post elettronica, CUP online, ...) di modifica o disdetta delle prestazioni prenotate.

1g. Pagamento ticket per prestazioni non disdette e pagamento prestazioni per mancato ritiro referto (Punto 12. del PNGLA)

Come previsto dall'art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998: "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".

Il cittadino è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero delle prestazioni di cui non ritira il referto entro 30 giorni dall'erogazione della prestazione. L'Azienda USL competente ad esercitare il recupero in caso di mancato ritiro del referto da parte dell'utente è quella di residenza del soggetto.

Il cittadino che non si presenta all'appuntamento fissato senza preavviso o che non accetti la offerta dell'appuntamento generato dal sistema, viene automaticamente cancellato dalle liste di attesa.

1h. Gestione trasparente delle Agende di prenotazione (Punto 9. PNGLA)

Il sistema regionale CUP deve assicurare la gestione trasparente e la totale visibilità di tutte le Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria. Devono essere definite ed applicate **regole omogenee di creazione e di gestione delle Agende** su tutto il territorio regionale, nonché **regole omogenee di prenotazione** in modo da assicurare trasparenza ed equità di accesso garantite dall'operatività del **back-office unico regionale**.

Tutte le Aziende devono generare agende distinte per i primi accessi e per gli accessi successivi. Quelle per i primi accessi devono essere suddivise per le classi di priorità previste per ciascuna prestazione. Per le attività legate agli accessi successivi, si

istituiranno **apposite Agende dedicate** alle prestazioni programmate dallo specialista che già ha preso in carico il paziente e Agende dedicate per i PDTA previsti dal Piano regionale della cronicità.

La gestione delle Agende da parte del sistema CUP 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. Inoltre è necessario prevedere in tutte le Agende il **riutilizzo dei posti** nel caso si presentino annullamenti di prenotazioni garantendo una riassegnazione delle disponibilità alle priorità con più alta domanda per quella tipologia di agenda/prestazione

E' **obbligatorio** che la prenotazione della ricetta, oltre alla sua completa compilazione da parte del Medico prescrittore, riporti gli elementi identificativi dell'operatore CUP.

1i. Potenziamento dell'uso delle classi di priorità e dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) (Punto 5. e punto 10. PNGLA)

Deve essere promosso ed attuato l'utilizzo dei "**Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO**", attraverso il coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali) ed erogatori, al fine di garantire un accesso appropriato e prioritario alle prestazioni.

Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA, sono:

<p>U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;</p> <p>B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;</p> <p>D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;</p> <p>P (Programmata), da eseguire entro 120 giorni.</p>

Per tutte le **prime visite/prime prestazioni diagnostiche** è **obbligatorio** indicare sulla prescrizione il codice della Classe di priorità e il quesito diagnostico.

Tali indicazioni saranno oggetto di specifico monitoraggio

1i. Governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali (Punto 11. PNGLA)

E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie di siglare entro il 28 febbraio di ogni anno, l'accordo di fornitura con la Azienda Ospedaliera di riferimento che dovranno rendere disponibili almeno il 50% delle disponibilità dei propri piani di lavoro. Le Aziende USL, attraverso l'analisi specifica dei propri flussi informativi delle prestazioni, dovranno valutare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio (mobilità passiva interaziendale ed interregionale). Per una migliore valutazione dovranno inoltre stimare, attraverso indagini ad hoc o utilizzando dati di letteratura, la componente della domanda che, a causa di un'offerta insufficiente, risulta non soddisfatta dal SSR. Tutto ciò al fine di una puntuale programmazione della richiesta di attività da rivolgere al Privato accreditato e convenzionato e della acquisizione di pacchetti di prestazioni rivolta a Medici Specialisti anche Convenzionati (SUMAI). Le Aziende Sanitarie inoltre possono stipulare ulteriori accordi con l'Azienda Ospedaliera di riferimento laddove vi sia una saturazione della offerta istituzionale.

1m. Governo dell'offerta attraverso la separazione dei canali di accesso (primo accesso e accessi successivi) (Punto 11 PNGLA)

a. **Obbligo dell'indicazione**, nelle procedure di **prescrizione e prenotazione** delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN:

- di **prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi**;
- della **classe di priorità** se trattasi di prime visite/prime prestazioni diagnostiche;
- del **tempo in cui deve essere effettuato il controllo** (numero di mesi) se trattasi di accessi successivi;
- del **quesito diagnostico**;
- del **suggerito**.
- la valorizzazione del campo "Tipo accesso" da parte del medico prescrittore per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA;
- la valorizzazione dei campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" da parte dell'erogatore per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA.

I controlli saranno vincolanti, dal punto di vista della trasmissione informatica dei dati, sia per le ricette dematerializzate che per le ricette in formato cartaceo. Inoltre, sempre relativamente alle ricette in formato cartaceo, ai fini del monitoraggio verrà considerato come primo accesso la prestazione con biffatura della Classe di priorità.

b. Realizzazione dell'effettiva **separazione dei percorsi relativi ai primi accessi e agli accessi successivi**, sia nella fase di **prenotazione** che in quella di **erogazione** della prestazione; le Agende CUP dovranno pertanto essere adeguate a tali indicazioni come già indicato nello specifico punto "Gestione trasparente delle Agende di prenotazione"

c. Tutte le Aziende devono organizzare i Servizi specialistici ambulatoriali sia delle strutture ospedaliere che quelli territoriali in modo tale che le **prestazioni successive al primo accesso**:

- **siano prescritte direttamente dal medico specialista su ricetta SSN, indicando in un apposito spazio destinato ad uso regionale il tempo in cui deve essere effettuato il controllo (numero di mesi)**, senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione;
- **siano prenotate direttamente dai Servizi specialistici al momento della prescrizione.**

La procedura dovrà essere analoga in caso di **dimissione ospedaliera** per le eventuali ulteriori indagini di completamento dell'iter diagnostico-terapeutico (qualora non incluse nel DRG).

d. **Gestione del percorso dell'emergenza/urgenza e dell'urgenza classe di priorità U**: le prestazioni di emergenza/urgenza hanno diretto accesso al Pronto Soccorso senza ricetta del SSR. Le prestazioni urgenti classe di priorità U sono solo quelle prestazioni critiche di primo accesso sottoposte a metodica RAO, prescrivibili con impegnativa del SSR e che non devono accedere al Pronto Soccorso.

1n. "Presenza in carico" del paziente cronico (Punto 13. PNGLA)

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere le principali cause di morte nel nostro Paese, pertanto devono essere le aree prioritarie per lo sviluppo dei **Percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali (PDTA)**. Si rimanda al Piano regionale della cronicità, che definisce le linee strategiche regionali per tutte le patologie croniche, per l'individuazione di ulteriori aree di interesse per lo sviluppo dei PDTA, ad esempio: Diabete (con particolare attenzione alla esecuzione del Fundus Oculi), BPCO (con particolare attenzione alla esecuzione della Spirometria).

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dovranno mettere in atto azioni sistemiche ed integrate finalizzate a **migliorare i PDTA, compresi quelli specifici per l'ambito pediatrico**, in modo da garantire tempi adeguati di erogazione delle prestazioni, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione. Dopo la prima visita, una volta confermato il sospetto clinico, dovrà essere garantita la "presa in carico" del paziente cronico con l'avvio di un PDTA che consenta la definizione puntuale del problema e l'esecuzione di esami diagnostici e terapie necessari entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi: **a tale scopo si dovrà provvedere alla prescrizione e alla prenotazione delle prestazioni di controllo direttamente da parte dei servizi specialistici**. Anche laddove non vi sia un PDTA strutturato, in ogni caso va prevista la presa in carico da parte dello Specialista tramite le piastre ambulatoriali o percorsi di II° livello.

1o. "Percorsi di tutela" (Punto 14., punto 15. e punto 16. PNGLA)

La attivazione dei Percorsi di tutela avverrà quando:

- non vi sia disponibilità presso l'ambito di riferimento (Azienda Sanitaria, Azienda Ospedaliera, Privato accreditato e convenzionato),
- non vi sia disponibilità anche presso l'altro ambito regionale
- non vi sia disponibilità anche per esaurimento dell' "overbooking" secondo le modalità già descritte al capitolo B
- non sia possibile attuare ulteriori misure aggiuntive come definite al capitolo B.

In tale situazione il numero dei Percorsi di Tutela non potrà superare l'offerta ordinaria di prestazioni delle Unità eroganti presenti nell'area di riferimento. Quando ciò dovesse verificarsi, la Azienda dovrà provvedere entro 10 giorni a fissare un appuntamento.

Tale gestione avverrà a cura di PuntoZero Scarl attraverso il back office unico regionale.

Qualora la numerosità nel percorso di tutela per la specifica prestazione superi quella complessiva dell'offerta settimanale per la stessa prestazione si attiva specifico piano di recupero.

Il Direttore Sanitario di ciascuna Azienda è il referente circa la corretta organizzazione delle Strutture eroganti. Le agende, infatti, dovranno essere accessibili e prenotabili per l'intero anno solare.

L'avvicinarsi della saturazione della offerta (sulla base dei dati raccolti da PuntoZero) determina la convocazione immediata del Tavolo Regionale al fine di valutare le criticità e definire strategie di superamento.

2. MONITORAGGIO, CONTROLLO, VALUTAZIONE

2a. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa oggetto di monitoraggio.

Per l'**elenco delle prestazioni e i tempi massimi di attesa** che saranno oggetto di monitoraggio relativi alle **prestazioni ambulatoriali**, alle **prestazioni in regime di ricovero** e alle **prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** si rimanda al **paragrafo 3, punti 3.1, 3.2 e 3.3 del PNGLA 2019-2021**.

Tutti i dati saranno raccolti da Puntozero Scarl che provvederà a renderli disponibili attraverso l'apposito "cruscotto regionale", già operativo per alcune funzioni ed in via di definizione per il completamento degli indicatori.

Per i monitoraggi e i relativi flussi informativi delle **prestazioni ambulatoriali**, delle **prestazioni in regime di ricovero**, dei **PDTA**, delle prestazioni erogate in **attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente** e della presenza sui **siti Web della sezione su liste**

e tempi di attesa si rimanda al **paragrafo 6 del PNGLA 2019- 2021 e all'Allegato B** "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" **del PNGLA 2019-2021** in cui vengono descritti:

- 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 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- 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 (a carico dell'utente), effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- g. Monitoraggio della presenza sui siti Web della Regione e delle Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- h. 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.

Le Aziende Sanitarie assicurano la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo quanto previsto dal paragrafo 6 del PNGLA 2019-2021 e dall'Allegato B "Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" del PNGLA 2019- 2021.

Oltre a quanto sopra indicato, si prevede quanto segue:

- Per quanto riguarda le **prestazioni di controllo di specialistica ambulatoriale** verranno monitorati: l'effettuazione della prescrizione da parte del medico specialista, l'indicazione nella prescrizione di "accesso successivo", l'effettuazione della prenotazione direttamente da parte dei servizi specialistici, i tempi di erogazione in base a quanto indicato dal medico prescrittore, la sospensione/chiusura delle agende.
- Per quanto riguarda le **prestazioni di ricovero**, al fine di assicurare un corretto monitoraggio e a garanzia di equità e trasparenza verso il cittadino, verrà istituito un apposito gruppo di lavoro regionale, con la partecipazione delle Direzioni aziendali, per elaborare un documento contenente le indicazioni per la gestione di tali liste di attesa e per la definizione di un apposito flusso informativo verso la Regione.

2b. Cruscotto regionale

La Regione garantisce l'utilizzo di sistemi innovativi di business intelligence per la governance delle liste di attesa a livello regionale e aziendale.

Dovrà essere realizzato un cruscotto regionale che assicuri il monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, adeguato alle regole definite nel presente Piano, in particolare:

- i monitoraggi previsti dal presente PRGLA e dal PNGLA 2019-2021 (deve essere automatizzata la produzione dei report previsti per gli Adempimenti LEA: monitoraggio ex ante, sospensioni, ecc.)
- il monitoraggio delle prestazioni offerte e delle prestazioni erogate
- il monitoraggio delle agende chiuse e/o sospese, attraverso un cruscotto per le Aziende sviluppato da PuntoZero.
- Il monitoraggio dei tempi di attesa, dei tempi medi di erogazione delle prestazioni, il ritardo con cui l'assistito si presenta per la prenotazione, ecc.
- il monitoraggio della appropriatezza delle prestazioni prescritte, di quelle suggerite, ecc.

che preveda l'elaborazione periodica di report da trasmettere ai MMG e PLS e agli Specialisti: a tale scopo dovranno essere definiti specifici indicatori attraverso i quali possano essere stabiliti degli obiettivi per entrambe le tipologie di medico prescrittore (esempi: per i MMG misurare quante prestazioni sia in termini numerici che economici prescrive ogni singolo medico in rapporto alla popolazione pesata, numero assistiti che non aderiscono al programma di screening e numero di prestazioni per soggetti in fascia di screening, quante prestazioni specifiche come RMN, gastroscopia, colonscopia, quanti esami ripetuti; per gli Specialisti quante prestazioni suggerite e non prescritte direttamente)

- la concordanza dei RAO
- il monitoraggio delle accettazioni dirette
- il monitoraggio delle liste di attesa chirurgiche
- la concordanza della classe di priorità e della complessità clinica
- il monitoraggio dei tempi di sala operatoria

Le informazioni da monitorare e i relativi indicatori dovranno essere condivisi e definiti congiuntamente dalle Aziende Sanitarie e dalla Regione.

3. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Si rimanda a quanto previsto dal paragrafo 5 del PNGLA 2019-2021 e alle disposizioni regionali in merito.

Inoltre, si ribadisce che 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.

Le prestazioni da erogare in attività libero professionale devono essere prenotate nel sistema CUP, attraverso sportelli dedicati e i sistemi informatizzati devono garantire la tracciabilità dei pagamenti.

4. I PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Il Programma Attuativo Aziendale recepisce quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, in particolare al paragrafo 4., e dal presente Piano Regionale. Ciascuna Azienda:

- prevede nei contratti con gli erogatori accreditati l'impegno da parte degli stessi "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 le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale 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*);
- promuove 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 presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS); promuove inoltre la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;

- favorisce l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie e i MMG e PLS;
- con il supporto tecnico di PuntoZero Scarl, assicura la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale (primi accessi e accessi successivi) previsto dalla Legge n. 266/2005, dall'articolo 1, comma 282 (Finanziaria 2006) e fornisca alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione;
- prevede l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché 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;
- prevede 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.

Gli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa saranno fattore prioritario nella loro valutazione, secondo quanto previsto dall'art. 3 bis, comma 7 bis, del D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 e s.m.

5. FUNZIONI DI COORDINAMENTO

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dovranno monitorare circa l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste con il supporto dei Direttori Sanitari, nonché delle altre professionalità e responsabili aziendali secondo l'organizzazione adottata e le tematiche affrontate.

Inoltre la Direzione Aziendale avrà il compito di coordinare le attività dei responsabili delle varie fasi del processo a garanzia della coerenza delle azioni inerenti il rispetto dei tempi di attesa.

Le attività di monitoraggio sono svolte in collaborazione con PuntoZero Scarl.

Ai sensi della DGR n. 647 del 07.07.2021, avente ad oggetto "Piano Operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica, con Determina Direttoriale N. 12406 del 03/12/2021 è stato istituito il **Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio per il governo delle liste d'attesa**; con le funzioni di:

- monitoraggio e analisi dei dati;
- analisi criticità organizzative;
- definizione piani di attività.

Il Coordinamento del suddetto Tavolo, per conto della Direzione Salute e Welfare, è affidato al Dott. Camillo Giammartino.

Il Tavolo è costituito da:

- Assessore regionale alla Salute e Politiche sociali;
- Direttore regionale Salute e Welfare;
- Coordinatore dei lavori del Tavolo per la Direzione Salute;
- Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali;
- Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie regionali;
- Dirigente regionale competente in materia di assistenza ospedaliera;
- Dirigente regionale competente in materia di assistenza territoriale;
- Responsabile regionale della Sezione competente in materia di monitoraggio liste di attesa;
- Amministratore Unico di PuntoZero;

Il tavolo verrà convocato con cadenza mensile.

6. INDICATORI e MONITORAGGIO

6a. Indicatori

§1: Rispetto dei tempi previsti per i primi accessi delle prestazioni ambulatoriali Classe U =100%, Classe B =100%, Classe D = 90%, Classe P = 80%

§2: Numero di concordanze eseguite su totale degli esami eseguiti per le prestazioni RAO
Target \geq 90%

§3: Numero di RMN muscolo-scheletriche e della colonna non aderenti ai criteri RAO su popolazione di età superiore ai 65 anni.
Calcolo indicatore: indicatori MES

6b. Monitoraggio

- a) Numero di prestazioni indotte su totale delle prestazioni richieste.
- b) Attivazione di ambulatori dedicati per la presa in carico da parte delle Strutture eroganti prestazioni numericamente più elevati.
- c) Monitoraggio delle ore di produttività aggiuntiva erogate al personale delle singole strutture.
- d) Numero di prestazioni eseguite in accettazione diretta.
- e) Monitoraggio acquisto prestazioni. Comunicazione da parte delle Aziende alla Regione con cadenza mensile.
- f) Numero di concordanze eseguite su totale degli esami effettuati (radiologia ed endoscopia digestiva)
- g) Numero di interventi inseriti in lista di attesa chirurgica completi di tutte le indicazioni previste.
- h) Numero di concordanze classe di priorità su interventi inseriti in lista di attesa.
- i) Numero di concordanze criteri di complessità su interventi inseriti in lista di attesa.
- j) Numero di ore di sale operatoria utilizzate rispetto al programmato
- k) Rispetto dei tempi previsti per gli interventi chirurgici Classe A =100%, Classe B =90%, Classe C = 80%, Classe D = 70%

I valori dalla lettera g) alla lettera k) sono ottenuti, in questa prima fase, attraverso la certificazione del dato da parte delle Aziende fino alla operatività del cruscotto dedicato.

Il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio per il governo delle liste d'attesa potrà introdurre nuovi indicatori in relazione all'evoluzione del piano e agli esiti del monitoraggio anche finalizzati all'implementazione di azioni correttive e/o di miglioramento.