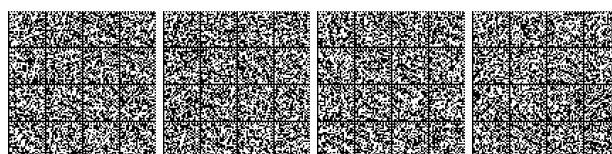


PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2026-2028

SOMMARIO

Premessa al PNGLA 2026-28	
1. Introduzione.....	
SEZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	
2. Linee di intervento per il governo della domanda	
2.1 Analisi del fabbisogno	
2.2 La prescrizione e la classe di priorità	
2.3 Appropriately prescrittiva.....	
2.4 Appropriately della classe di priorità: il metodo RAO	
3. La Piattaforma nazionale delle liste di attesa (PNLA).....	
4. Linee di intervento per il Governo dell'offerta	
4.1 Gli ambiti di garanzia	
4.2 Il percorso di tutela e i suoi strumenti	
4.2.1 Strumenti di supporto ai percorsi di tutela.....	
4.3 Telemedicina.....	
4.4 Gli attori nella rete degli erogatori al livello territoriale	
4.5 Modelli organizzativi di presa in carico ambulatoriale e piani personalizzati di assistenza: il day-service.....	
4.6 Il centro Unico di prenotazione (CUP)	
SEZIONE RICOVERI.....	
5. Linee di intervento per il governo della domanda	
5.1 Inserimento in lista di attesa.....	
5.2 Attribuzione classe di priorità di attesa e introduzione al modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO ricoveri).....	
6. Linee di intervento per il Governo dell'offerta	



6.1	Tempo massimo di attesa, qualità dell'assistenza e percorsi di tutela.....
6.1.1	Percorsi di tutela e tempo massimo di attesa.....
6.1.2	Percorsi di tutela e qualità dell'assistenza ospedaliera.....
6.2	Diritto di informazione del paziente.....
6.3	Gestione e tenuta della lista d'attesa per ricoveri programmati.....
6.3.1	Convocazione al ricovero: scelta della data, gestione del rifiuto e corretta manutenzione della lista
6.3.2	Ricovero del paziente
SEZIONE PIANI REGIONALI DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	
SEZIONE MONITORAGGI.....	
7.	Le Prestazioni ambulatoriali e le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio.....
7.1	Il monitoraggio ex ante delle prestazioni della specialistica ambulatoriale (prenotate in Attività istituzionale e in ALPI)
7.2	Il monitoraggio delle prescrizioni.....
7.3	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP
7.4	Il monitoraggio ex ante delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale.....
7.5	Il monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale
SEZIONE COMUNICAZIONE.....	
8.	Piano di comunicazione al cittadino ed il ruolo delle associazioni dei pazienti
8.1	Il Monitoraggio dei siti web
ARMONIZZAZIONE CON I SISTEMI DI GOVERNANCE NAZIONALE.....	
9.	Il PNGLA e il sistema nazionale di garanzia.....
9.1	Piano nazionale liste d'attesa 2026-2028 ed emergenze.....
SEZIONE ALLEGATI	



PREMESSA AL PNGLA 2026-28

Con l'approvazione e l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028 decade la validità amministrativa del precedente PNGLA 2019-2021 e il sistema di regole in esso contenuto, ivi inclusa l'operatività dell'Osservatorio Nazionale delle Liste d'Attesa¹, deputato ad affiancare Regioni e Province Autonome nell'implementazione del Piano stesso e a monitorare l'andamento degli interventi da esso previsti. Verranno pertanto previste nuove modalità per mantenere comunque attivo il confronto fra Regioni, Agenas, e Ministero della Salute. In particolare, verranno affidate, per l'intera durata di vigenza del Piano, al sottogruppo del Comitato LEA dedicato alle liste di attesa, funzioni di monitoraggio dei tempi di attesa nonché di approfondimento su tematiche specifiche e su aspetti legati all'operatività e applicabilità del Piano stesso.

A tal fine il citato sottogruppo sarà ampliato per garantire la partecipazione a tutte le Regioni.

Il modello delineato dal PNGLA 2019-2021 era basato su presupposti tecnici universalmente validi quali la definizione delle priorità di accesso e la schedulazione delle prenotazioni in base alla stratificazione dell'urgenza, la definizione dei bacini di *capacity* (ambiti di garanzia) e dei percorsi di tutela, il monitoraggio centrale delle percentuali di garanzia dei tempi di attesa, il monitoraggio dell'ALPI.

Ciononostante, il modello ha pagato i limiti di un sistema informativo e infrastrutturale acerbo e disomogeneo oltre che l'impatto della crisi pandemica da Sars-Cov-2.

Il tavolo tecnico deputato alla elaborazione e alla operatività del PNGLA 2026-2028 ha scelto di identificare quali assi di riferimento per la redazione del documento:

- l'analisi dei bisogni e il governo della domanda di prestazioni sanitarie;
- i nuovi sistemi per la garanzia del sistema di offerta, per l'accessibilità e i tempi di attesa;
- i sistemi di monitoraggio e i flussi informativi;
- la comunicazione e la trasparenza;
- l'armonizzazione con il sistema di *governance* istituzionale.

Sui medesimi assi tematici è elaborato il PNGLA 2026-2028.

Resta fermo che dall'attuazione del presente Piano non derivano nuovi o maggiori oneri rispetto alla legislazione vigente.

Gli allegati al presente Piano, allegati A, B, C, D, E, F e G sono parte integrante del PNGLA 2026- 2028.

¹ Come previsto dal DM 21 giugno 2019, che ha istituito l'Osservatorio Nazionale delle Liste d'Attesa.



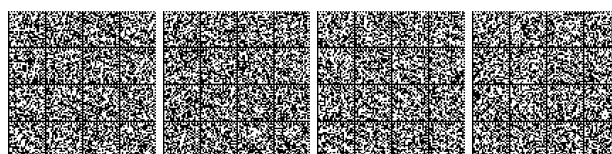
1. INTRODUZIONE

Già il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 aveva indicato come obiettivo per il SSN quello di *“promuovere la capacità di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l’inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA”* precisando come *“la soluzione del problema [delle liste d’attesa] non può essere meramente quantitativa sul versante dell’organizzazione dell’offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni”*.

Tuttavia, la declinazione operativa raccomandata alle regioni e alle province autonome era rimasta, come poi accaduto anche per il successivo PNGLA 2019-2021, particolarmente centrata sull’organizzazione dell’offerta, anche considerata l’immaturità dei sistemi di lettura del bisogno espresso e l’indisponibilità di strumenti volti all’intercettazione del bisogno inespresso e al monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva.

Con il PNGLA 2026-2028 vengono rappresentate linee di attività specifiche e innovative per:

- il governo della domanda, con particolare riferimento all’analisi del fabbisogno e all’utilizzo di linee guida e buone pratiche come driver di appropriatezza prescrittiva.
- con specifico riferimento agli strumenti di appropriatezza prescrittiva, il PNGLA 2026-2028 valorizza il ruolo centrale delle buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida di cui all’articolo 5, comma 1, della legge n. 24/2017 per orientare i prescrittori verso strategie di sostenibilità e qualità del sistema nonché per l’aggiornamento dei criteri di appropriatezza dell’attesa, contenuti nel Manuale RAO e nei protocolli definiti a livello regionale;
- un nuovo paradigma del sistema di offerta, centrato su:
 - nuovi strumenti di programmazione dialetticamente collegati all’analisi della domanda;
 - nuovi attori del sistema di erogazione e di progettazione dell’assistenza e della presa in carico (quelli definiti nel DM n. 77/2022, la farmacia dei servizi, ecc.);
 - nuovi strumenti di garanzia e tutela: ambiti territoriali di garanzia, integrazione con il privato accreditato, liste di tutela, ecc;
 - nuove modalità erogative di assistenza: prestazioni a distanza sia come modello di offerta di cura (*televisita, telemonitoraggio*) che per l’appropriatezza prescrittiva (teleconsulto);
 - una nuova e più evoluta gestione delle liste d’attesa per ricoveri programmati che, oltre ad assicurare il massimo livello di correttezza e trasparenza nella presa in carico e nella gestione dello scorrimento della lista, promuove il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per l’attesa chirurgica e delinea specifici bacini di utenza/ambiti di garanzia sia per garantire tempi di attesa più brevi a pari condizioni di efficacia e sicurezza per il cittadino e per gli operatori sia per massimizzare gli *outcomes* clinici secondo il paradigma volumi/esiti di cui al DM n. 70/2015;
 - nuovi modelli e sistemi di verifica dei tempi e delle liste d’attesa, attraverso la Piattaforma Nazionale delle Liste d’Attesa e le connesse piattaforme regionali, i monitoraggi ex-ante, l’analisi delle prescrizioni da Sistema Tessera Sanitaria e nuovi sistemi di controllo sulle agende di erogazione e sulla corretta integrazione tra sistema pubblico e privato accreditato;
 - una nuova attenzione agli aspetti di comunicazione, accountability, trasparenza e fruibilità, attraverso l’elaborazione di un glossario di riferimento utile a sviluppare e sostenere l’empowerment dell’utenza e la predisposizione di un sistema di comunicazione studiato per essere efficace, diffusivo, coerente con i contenuti del Piano e dei diritti del cittadino; il rafforzamento del sistema di raccolta e gestione delle segnalazioni provenienti dagli utenti del SSN relative a disservizi, criticità di accesso alle prenotazioni e alle prestazioni, tempi di attesa non coerenti con i bisogni di cura.



SEZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE

2. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA

I principi fondamentali per il governo della domanda del PNGLA 2026-2028 si fondano sulla costruzione di un sistema di analisi e controllo relativo a ciascun episodio del percorso di cura del cittadino e ai sottoprocessi che collegano gli episodi.

Attualmente, la disponibilità di dati nazionali relativi alle prestazioni ambulatoriali è limitata alla quota di queste che viene prescritta, prenotata, erogata in ambito pubblico, di intramoenia o di privato accreditato. Come si evince dallo schema illustrato in Figura 2, esiste tuttavia una forbice che, in tutte queste fattispecie, distanzia le prestazioni prescritte da quelle prenotate e da queste a quelle erogate da SSN.

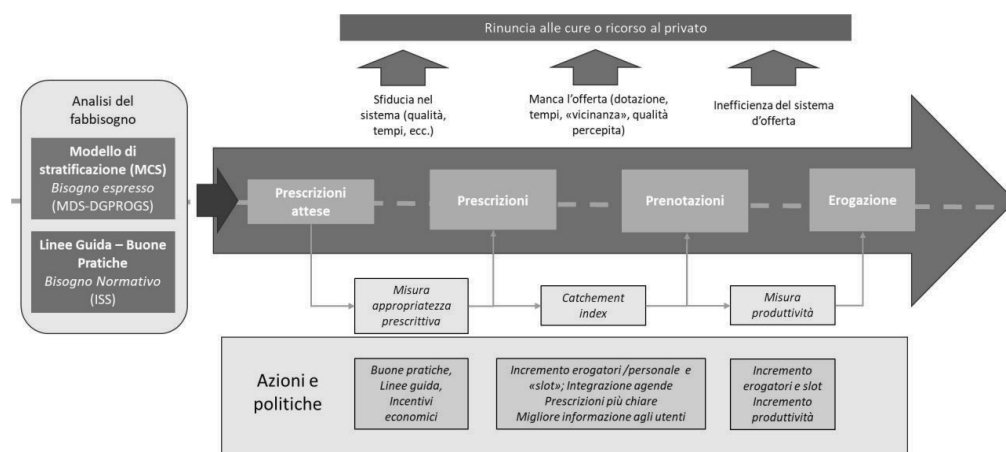


Figura 2. Percorso di governo della domanda

Questo gap, non quantificabile dagli attuali flussi nazionali, rappresenta la domanda di salute che, per varie motivazioni, non è soddisfatta dal SSN e che si configura anche come una possibile rinuncia alle cure erogate attraverso il SSN o il ricorso ad altri regimi di fruizione:

- il numero di prescrizioni non seguite dalla prenotazione può essere un indicatore proxy della difficoltà di accesso al sistema per fattori diversi inerenti sia l'offerta (es. difficoltà di accesso alla prenotazione; insufficienza o saturazione del sistema di offerta; tempi di attesa troppo lunghi; eccessiva distanza del domicilio dal luogo di erogazione, ecc.), sia la domanda (es. percezione del proprio stato di salute tale da indurre la scelta di posticipare o di evitare la richiesta o l'effettuazione della prestazione);
- analogamente, il numero di prenotazioni non seguite dall'erogazione può essere espressione di fattori legati alla inefficienza del sistema di offerta o alla domanda che, anche in tal caso, possono determinare una mancata fruizione della prestazione presso il SSN, ancorché prenotata (es. se non percepita come necessaria o non garantita nei tempi massimi).



A questo si aggiunge quella quota di bisogno di salute che non si traduce in domanda di prestazioni ma che è altresì necessario riconoscere e misurare al fine di programmare e adeguare la risposta assistenziale.

Obiettivo del PNGLA 2026-2028 è quello di rendere i sistemi di governance maggiormente in grado di intercettare, analizzare e quindi contrastare le situazioni di “divergenza” sopra descritte per cui, rispetto ai reali bisogni di salute, l’offerta risulta a volte eccessiva (*overuse*) e a volte carente (*underuse*) con conseguenti disuguaglianze dovute a fenomeni diversi (bisogno inespresso o potenziale, inappropriata prescrizione) che devono essere tutti considerati nel governo della domanda.

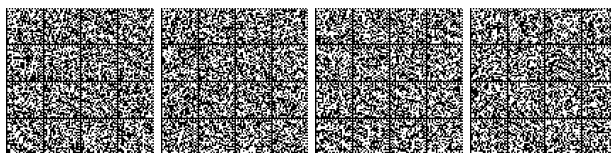
A tal fine il Piano tenta, in prima battuta, di superare la logica tradizionale che fonda la stima del fabbisogno atteso di prestazioni sull’analisi storica dei soli consumi introducendo il tema del rapporto con il bisogno di salute e della necessità di una misura il più possibile “corretta” di bisogno reale², e della sua evoluzione nel tempo, secondo un approccio di popolazione.

A tale rotta sta contribuendo il Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione (MNCS) in corso di sviluppo nell’ambito del progetto in attuazione del sub-investimento del PNRR Missione 6 “Salute” Componente 2 “Innovazione ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” Intervento 1.3.2.3.1 “Modello di simulazione e previsione per scenari a medio e lungo termine nel SSN - concettualizzazione del modello, sviluppo dell’algoritmo e governance del progetto”, a titolarità della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, avviato a maggio 2023 e con unica milestone nazionale a giugno 2026.

Obiettivo generale del progetto è quello di definire e sperimentare uno strumento quantitativo a supporto delle scelte di programmazione sanitaria, in logica *evidence based*, per renderle maggiormente coerenti con gli scenari demografici ed epidemiologici, in essere, con quelli tendenziali di medio-lungo periodo (es. invecchiamento della popolazione, squilibrio demografico, aumento della prevalenza di malattie croniche non trasmissibili altamente invalidanti per condizioni correlate di co-morbidità, non autosufficienza, fragilità clinica e sociale, aumento del divario sociale di salute, ...) e con quelli futuri potenzialmente indotti dall’evoluzione delle evidenze o dall’innovazione tecnologica, scientifica, normativa, programmatoria, al fine di simularne sistematicamente l’impatto sul carico assistenziale e quindi di orientare il SSN ad una risposta adeguata, che ne tuteli sostenibilità, efficacia, equità e garantisca l’erogazione dei LEA, costruendo anche una più robusta capacità di governo e utilizzo del patrimonio informativo sanitario corrente e a tendere.

Obiettivo specifico del progetto è far sì che lo strumento in questione sia, in primis, in grado di definire e misurare il bisogno di salute della popolazione, dal momento che questo dato è il prerequisito di una organizzazione dei servizi coerente con le attuali indicazioni programmatiche nazionali (Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, di seguito DM 77/22; Legge 23 marzo 2023 n. 33 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”; decreto

² Una definizione e concettualizzazione universalmente accettabile di bisogno di salute che non si limiti alla domanda, ovvero ciò che viene chiesto, dovrebbe riconoscere la responsabilità del sistema salute nei confronti dell’intera popolazione ovvero non solo verso il cosiddetto “iceberg clinico” (cioè che viene visto dai professionisti sanitari), ma ricomprendendo anche le esigenze di quanti non si rivolgono al servizio sanitario, inclusi coloro che sono a rischio di problemi di salute, hanno fasi iniziali della malattia o hanno scelto di non cercare cure e consigli. In questa accezione ampia, il bisogno dovrebbe essere il più possibile declinato (in termini di malattie, gruppi prioritari, aree geografiche, ...) secondo un approccio basato sul ciclo di vita (Cfr. *Health Needs Assessment*. Stephen Gillam and Padmanabhan Badrinath, In University of Birmingham. Health Care Needs Assessment (HCNA) ovvero orientato ad una risposta al bisogno che sia finalizzata a garantire salute e qualità di vita in ciascuna fase dell’esistenza fin dai primi 1000 giorni.



legislativo 15 marzo 2024, n. 29 “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”; Piano nazionale cronicità), ovvero orientata alla presa in carico dell’individuo attraverso interventi proattivi, appropriati, continuativi, personalizzati che rispondano ai bisogni clinici e sociali della persona e siano calati nella comunità di riferimento, anche attraverso l’integrazione in rete tra il sistema sociale e quello sanitario.

L’approccio adottato dal progetto identifica alcuni cruciali punti tematici e di indagine (quali sono le dimensioni del bisogno di salute? Quali sono le fonti informative sanitarie ed extra sanitarie gli strumenti per la misura di queste dimensioni? ; come effettuare la valutazione di costo-efficacia del SSN dal punto di vista di popolazione, in termini di adeguatezza, qualità ed equità della risposta ai bisogni di salute?; quali sono le metriche e le metodologie più adeguate per tale valutazione?), sotto alcuni vincoli posti dal contesto attuale (perimetro informativo ad oggi rappresentato dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario e normativa abilitante al suo utilizzo per le finalità valutative e previsionali del modello ad oggi rappresentata dal “Decreto interconnessione estesa” in corso di adozione).

Nel paragrafo 2.1 viene brevemente delineato l’approccio che il Piano intende adottare per la stima del fabbisogno di prestazioni in relazione alla misura e analisi del bisogno di salute secondo l’impostazione del progetto di cui al sub-investimento PNRR.

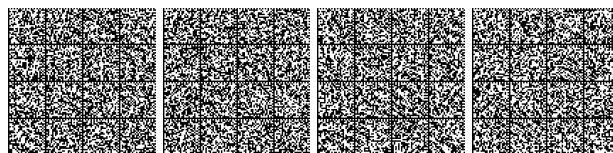
A tal proposito, va precisato che, in attuazione delle disposizioni di cui al comma 4 dell’articolo 1 del decreto legge 7 giugno 2024, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, con decreto ministeriale 29 ottobre 2024 sono state individuate le modalità attraverso le quali è messa a disposizione delle Regioni e delle Province Autonome l’analisi dei fabbisogni sanitari e delle prestazioni attese per tipologia, sulla base della classificazione delle patologie croniche presenti nella popolazione italiana, ai sensi dell’art. 7, comma 2-bis, del decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020, aggregate a livello di distretto sanitario, di cui agli artt. 3 quater, 3 quinquies, 3 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2.1 ANALISI DEL FABBISOGNO

La determinazione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale costituisce un’attività propedeutica alla programmazione della rete assistenziale e della relativa offerta di prestazioni da parte degli erogatori pubblici e privati accreditati delle Regioni e Province Autonome, così come anche richiamato dall’articolo 8-quater, comma 1, decreto legislativo 502/1992.

Anche la Legge concorrenza n. 118 del 5 agosto 2022, nel definire nuove modalità e criteri in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza che gli erogatori sono tenuti a possedere, ribadisce l’importanza della determinazione del fabbisogno, già prevista dall’art. 8-quater del Decreto legislativo 502/1992, in cui si rappresenta che “[...] *Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza [...]*”. Inoltre, la legge aggiunge all’art. 8-quinquies il comma 1-bis, ribadendo che la selezione dei soggetti privati accreditati “[...] *deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale [...]*”.

Allo stato attuale, in Italia risulta assente un modello di riferimento unico o uniforme per la stima del fabbisogno di prestazioni, pertanto le eventuali analisi comparative tra realtà regionali e territoriali potrebbero risentire di tale limite. Inoltre, le metodologie in uso si basano prevalentemente sulla sola analisi del consumo storico ovvero non contengono elementi analitici e previsionali utili a intercettare e indagare, a monte dell’erogazione di prestazioni e della domanda che l’ha generata, il “reale” bisogno di salute né a prevederne i cambiamenti. Di contro, un buon sistema di stima del fabbisogno di prestazioni finalizzato alla programmazione sanitaria secondo un approccio di popolazione dovrebbe essere in grado di dimensionare l’offerta rispetto alla domanda proprio in termini di risposta del sistema al bisogno di salute che tenga conto delle sue caratteristiche di multidimensionalità e dinamicità e che sia basata su dati e metodi applicabili su scala nazionale ma declinabili a livello regionale e locale.



In coerenza con questa esigenza, il MNCS mira, in particolare, a tradurre in concreto le indicazioni del DM 77/22, attraverso la definizione teorica e la sperimentazione pratica (mediante “algoritmo” implementato su dati) di un modello utilizzabile per identificare gruppi di popolazione omogenei in relazione alla tipologia e all’intensità del bisogno socioassistenziale, cui possano corrispondere modalità di cura e presa in carico a loro volta differenziate, a livello macro e individuale come esemplificato nella stratificazione a 6 livelli di bisogno (da persona in salute a persona in fase terminale) indicata dal decreto di cui sopra³.

Il MNCS è stato costruito con un solido background ovvero in continuità con quanto realizzato nell’ambito della progettualità precedente al PNRR (cosiddetto Modello Predittivo 2.0 sviluppato nel contesto del PONGOV 2014-2020⁴ e prodromico alla classificazione della popolazione affetta da patologie croniche), ma con un obiettivo di revisione e aggiornamento che integrasse l’approccio originario, esclusivamente clinico, con una visione di sanità pubblica, di programmazione strategica e di coerenza con il quadro normativo vigente⁵ e che si caratterizzasse come processo di consolidamento e miglioramento in continuo della metodologia.

In questa ottica, il MNCS ha esteso l’iniziale classificazione della popolazione per patologie (non solo croniche), facendola confluire in una stratificazione guidata da una combinazione di variabili driver e descrittive⁶ che ampliano il concetto di bisogno oltre alla patologia e lo associano ad una misura di impatto

³ Per ciascun livello di bisogno, la matrice del DM 77/22 esemplifica: la condizione clinica/sociale (che include anche fragilità, non autosufficienza, disabilità, determinanti sociali), il grado di intensità/complessità assistenziale, la tipologia di azione di presa in carico derivante.

⁴ “Contributo alla strategia dell’Unione Europea per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva e al raggiungimento della coesione economica, sociale e territoriale - Asse 1 Sviluppo della capacità amministrativa e istituzionale per la modernizzazione della PA”

⁵ La revisione è stata in particolare contestualizzata rispetto a: DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” (di seguito DPCM LEA), in modo che il nuovo modello comprendesse tutte le condizioni di cui all’elenco di “Malattie e condizioni croniche e invalidanti” e relativi “Pacchetti prestazionali Nuovo nomenclatore” e di “Malattie rare esentate dalla partecipazione al costo” di cui agli Allegati 8 e 7 rispettivamente del medesimo DPCM nonché le patologie recentemente proposte per l’aggiornamento del DPCM stesso; letteratura pubblicata su riviste peer-reviewed relativa ai criteri di classificazione per patologia utilizzati nel contesto italiano e letteratura grigia (delibere e determinazioni regionali, pubblicazioni divulgative, libri a contenuto scientifico e informazioni reperite nel World Wide Web). Nell’ambito di quest’ultima, sono stati selezionati come riferimenti contenutistici e metodologici principali per definire l’impianto del modello:

- l’indice di severità MCS (*Multisource Comorbidity Score* cfr Corrao G, Rea F, Di Martino M, De Palma R, Scondotto S, Fusco D, Lallo A, Belotti LMB, Ferrante M, Pollina Addario S, Merlino L, Mancina G, Carle F. Developing and validating a novel multisource comorbidity score from administrative data: a large population-based cohort study from Italy. *BMJ Open* 2017;7:e019503. Giovanni Corrao, Federico Rea, Flavia Carle, Mirko Di Martino, Rossana De Palma, Paolo Francesconi, Vito Lepore, Luca Merlino, Salvatore Scondotto, Donatella Garau, Liana Spazzafumo, Giuseppe Montagano, Elena Clagnan, Nello Martini, on behalf of the working group “Monitoring and assessing care pathways (MAP)” of the Italian Ministry of Health “Measuring multimorbidity inequality across Italy through the multisource comorbidity score: a nationwide study”. *The European Journal of Public Health*, Vol. 30, No. 5, 916–921 Advance Access published on 20 May 2020. Federico Rea, Mauro Ferrante, Salvatore Scondotto, Giovanni Corrao. Small-area deprivation index does not improve the capability of multisource comorbidity score in mortality prediction *Front Public Health* 2023 May 16;11:1128377. doi: 10.3389/fpubh.2023.1128377. eCollection 2023), sviluppato dal Gruppo di lavoro del Ministero della salute nell’ambito del monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) previsti dal Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria (NSG) di cui al DM 12 marzo 2019;
- gli indici Chronic-Related Score (CRSc) e Chronic-Related Score-2.0 (CRSc-2.0) sviluppati in Regione Lombardia;
- l’iniziativa PROTER-Macro di Regione Toscana;
- l’iniziativa Banca dati assistito (BDA) delle ASL della Provincia di Brescia;
- i criteri individuati da Regione Emilia-Romagna, Regione Lombardia, Regione Lazio, Regione Puglia per le rispettive attività di stratificazione regionale;
- la revisione sistematica delle esperienze italiane relativamente ai criteri di tracciamento dei pazienti cronici, pubblicata da Canova et al. sulla rivista *Epidemiologia & Prevenzione* nel 2019;
- i criteri proposti dal Global Burden of Disease (GBD), valutati come referenza idonea per le aree che sono risultate non adeguatamente coperte dalle informazioni reperite nell’ambito della revisione su citata (in primis, le patologie oncologiche).

⁶ Le variabili ad oggi utilizzate sono rappresentate da: misura della morbidità e multimorbidità; misura della complessità clinico assistenziale (score derivati da indici di comorbidità, quali *Multisource Comorbidity Score*, documentati in letteratura quali buoni predittori di esiti primari e



di salute e di sistema, in termini quindi sia di outcome sia di assorbimento di risorse. Per coerenza con il mandato programmatico, i gruppi omogenei di individui ottenuti dalla suddetta stratificazione sono stati “riconciliati” con la matrice di bisogno prevista dal DM77/22 producendo una prima quantificazione, su dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), dei 6 livelli proposti dal provvedimento, ricostruiti secondo l’impianto teorico ipotizzato e riferiti al complesso della popolazione nazionale. I 6 strati sono stati altresì ulteriormente esplorati per descriverne le caratteristiche legate a dimensioni proxy di fragilità clinica e sociale oltre che al consumo di servizi e prestazioni e costi totali associati.

Con riferimento più specificatamente agli obiettivi del presente PNGLA, in quanto finalizzato alla definizione e sperimentazione di una metodologia e di uno strumento operativo di misura del bisogno di salute, il MNCS può, con gli opportuni aggiustamenti, fornire un contributo rilevante alla metodologia di stima e previsione del fabbisogno di prestazioni esclusivamente derivata da valori storicizzati di quelle erogate⁷, attraverso il valore aggiunto dell’informazione su prevalenza di patologia e livello di bisogno di salute con il duplice scopo di: analizzare “le uscite dal sistema” di cui alla Figura 2 in relazione ad un parametro ulteriore (rappresentato appunto dal livello di bisogno di salute); definire uno standard di fabbisogno di prestazioni “pesato” per il medesimo parametro.

Allo stato attuale, il perimetro informativo in cui si colloca il MNCS è rappresentato da tutti i flussi informativi del NSIS, interconnessi su base individuale secondo le modalità di cui al vigente decreto 7 dicembre 2016, n. 262 “Regolamento recante procedure per l’interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato” e dal flusso “Tessera Sanitaria – TS” relativo alle prescrizioni di specialistica ambulatoriale erogate trasmesse da Ministero dell’Economia e della Finanza (MEF) a NSIS in attuazione del comma 10 dell’art.50 del decreto legge 30 settembre 20023, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Ulteriori informazioni (a tendere anche extra NSIS) si renderanno disponibili grazie a quanto si sta realizzando attraverso l’iter di adozione di due provvedimenti tra loro correlati: il decreto previsto dal comma 1-ter dell’articolo 2-sexies del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (codice privacy) e il decreto previsto dall’articolo 7 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, come modificato dall’art. 9, comma 4, lett. a), b) e c) del decreto-legge 8 ottobre 2021, n. 139, convertito con modificazioni dalla legge 3 dicembre 2021, n.205. Il primo consente il trattamento a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale mediante l’utilizzo di codici identificativi pseudoanonimizzati, al fine di assicurare l’interconnessione dei dati riferiti a ciascun individuo, seppur provenienti da più fonti, e istituisce un “ambiente di trattamento sicuro” all’interno del quale vengono messi a disposizione tali dati al Ministero della salute, agli Enti vigilati e alle Regioni e Province Autonome. Il secondo consente al Ministero della salute di trattare dati personali, mediante l’utilizzo di codici identificativi pseudoanonimizzati, al fine di assicurare l’interconnessione a

secondari sia clinici -mortalità a 1 e 5 anni, ospedalizzazione, prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia economici -costi a carico del SSN, oltre che di status socio economico individuale o di contesto); misura proxy di fragilità (esenzioni per reddito e per invalidità come definite da DPCM LEA; indice di deprivazione Istat del comune di residenza); misura di utilizzo di setting e servizi sanitari (ospedalieri, territoriali, domiciliari, come identificati dai flussi NSIS). In particolare, al fine di determinare l’effettiva perdita dell’autonomia nei soggetti multicronici e distinguere tra il quarto e il quinto livello della stratificazione del DM 77/2022, sono state indicate alcune prestazioni quali “traccianti” proxy di bisogni continuativi e prevalenti, (ad esempio, ricoveri ripetuti, accessi multipli al pronto soccorso, utilizzo di assistenza residenziale o domiciliare non prestazionale) o di cure palliative (UCP-DOM, Hospice, visite ambulatoriali di cure palliative). Preme sottolineare che in questa prima fase, la scelta dei traccianti per la suddivisione nei diversi livelli del DM 77/22 è stata dedotta dal testo legislativo senza una validazione sulla base di ulteriori analisi quantitative o del consenso di esperti. Questo ulteriore processo, in progress, è essenziale e imprescindibile per garantire la natura discriminatoria e la coerenza dei traccianti proposti in termini di tipologia e consumo di risorse.

⁷ A partire dal Modello di stima del Fabbisogno messo a punto da Agenas ed in grado di fornire analisi tra le Regioni per tipologia di prestazione, già testato in alcuni contesti regionali.



livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del SSN, per lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione⁸.

La disponibilità del dato, interconnesso, sulle prescrizioni ottenuto da flusso informativo Tessera sanitaria-TS, già parte integrante di NSIS in attuazione del comma 10 dell'articolo 50 della Legge 326/2003, rappresenta un altro passo avanti nel percorso metodologico per la possibilità di analizzare il bisogno in relazione alle prestazioni prescritte e non solo alla quota parte rappresentate da quelle erogate⁹. Ciò premesso, un elemento di innovazione realmente significativo nella messa a punto della metodologia è rappresentato dallo studio approfondito del quesito diagnostico, come anche trattato in altre sezioni del PNGLA 2026-2028, nonché dalla disponibilità dell'informazione standardizzata sul medesimo la cui rilevanza interessa peraltro non soltanto la stima dei fabbisogni assistenziali, ma anche lo studio dell'appropriatezza della domanda. Si ritiene pertanto che una priorità nazionale sia quella di definire un sistema di codifica e di classificazione dei quesiti diagnostici, univoco a livello nazionale, clinicamente pertinente, nonché obbligatorio e vincolante per tutti i prescrittori¹⁰.

Allo stato attuale, inoltre, il MNCS si colloca nell'orizzonte temporale e nel percorso evolutivo di sviluppo previsto dal progetto PNRR fino a giugno 2026, pertanto è da considerarsi in progress la sua ricaduta (in termini di definizione e applicazione della metodologia di stima del fabbisogno di prestazioni).

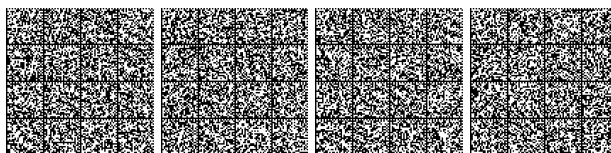
2.2 LA PRESCRIZIONE E LA CLASSE DI PRIORITÀ

La prescrizione di una prestazione sanitaria è l'atto che trasforma il bisogno sanitario in domanda di servizi. Come tale, rappresenta un momento fondamentale sia per la corretta schedulazione degli appuntamenti, sia per il monitoraggio della domanda e la programmazione complessiva dell'offerta.

⁸ Dal momento che l'infrastruttura tecnologica sottostante i due ambiti è la medesima, atteso che il contesto tecnico/organizzativo nel quale essa si va a collocare è presso il Ministero della salute, l'iter in corso prevede la fusione dei due decreti in un unico provvedimento che disciplina il trattamento dei suddetti dati in coerenza con entrambe le previsioni normative e realizza la cosiddetta "Interconnessione estesa", ampliando ambiti e finalità del decreto ministeriale 7 dicembre 2016, n. 262.

⁹ Con il presente PNGLA, e in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1 comma 2 del DL 73/2024, saranno utilizzati i dati del flusso informativo «Tessera Sanitaria-TS» di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n.269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326 resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo le modalità da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 del medesimo articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta del Servizio sanitario nazionale (SSN) dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730), nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai centri unici di prenotazione (CUP) regionali.

¹⁰ Presso AGENAS verrà istituito, entro 60 giorni dall'approvazione del PNGLA, il Tavolo Permanente dei RAO (che si avvarrà anche di un gruppo di studio già attivo sul tema) che si occuperà anche di coordinare l'attività di definizione dei quesiti diagnostici ai sensi dello standard adottato dal Ministero della salute, con la prospettiva di utilizzare tale sistema univocamente a livello nazionale, integrandolo nei flussi riguardanti la specialistica ambulatoriale. Inoltre, l'attività si integra con quella del progetto avviato dalla ex Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute volto all'aggiornamento delle classificazioni utilizzate per la codifica delle informazioni sanitarie nei flussi NSIS, che prevede l'adozione di ICD-10 modifica clinica per la codifica delle diagnosi e l'evoluzione dell'attuale standard di codifica delle procedure/interventi chirurgici da ICD-9-CM verso una classificazione italiana (cd. CIPi), armonizzata con il nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali. L'uniformità degli standard di codifica in tutti i flussi informativi NSIS consentirà una maggiore interoperabilità e confrontabilità dei dati provenienti dai diversi flussi, sia per le informazioni sulle diagnosi sia per le procedure.



Nelle procedure di prescrizione e prenotazione di tutte le prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN sono obbligatori.

- l'indicazione della tipologia di accesso: indicare con "1" il primo accesso e "0" gli accessi successivi;
- le classi di priorità per le prestazioni di primo accesso;
- il quesito diagnostico.

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

Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione, come previsto dalla citata intesa del 21 febbraio 2019 nonché, con specifico riferimento alla presa in carico delle cronicità, delle fragilità e delle patologie oncologiche, dall'art. 3 commi 1 e 8 del richiamato decreto legge n.73/2024.

A tal fine, i Piani Regionali devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista o della struttura e specifiche misure di controllo a garanzia che le stesse siano prenotate ed erogate nei tempi previsti dallo specialista. Nei casi in cui si scelga di utilizzare a tale scopo l'indicazione della classe di priorità, le prestazioni contrassegnate da tipo accesso "0" (accesso successivo) non sono oggetto di valutazione della garanzia dei tempi di attesa.

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

La Classe di priorità è obbligatoria per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i primi accessi:

- 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

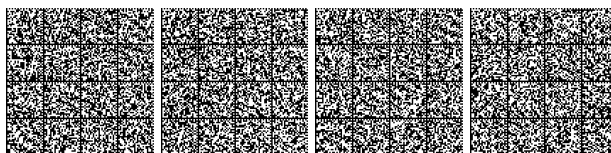
Per le prestazioni con priorità U (entro 72 ore) devono essere previsti percorsi semplificati di accesso per garantire la prestazione entro il tempo previsto.

Di seguito le definizioni delle classi di priorità:

CLASSE U = Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza).

CLASSE B = Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione).

CLASSE D = Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine).



CLASSE P = Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità (situazione dilazionabile).

Per tutte le prescrizioni è obbligatorio il quesito/sospetto diagnostico, sia se trattasi di prestazioni in primo accesso che di accesso successivo. L'indicazione del quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta. In caso di prestazioni di laboratorio è possibile che i quesiti diagnostici siano più di uno, nella fattispecie occorre indicare il quesito prevalente.

Il medico prescrittore è tenuto a compilare sempre, il quesito diagnostico, per garantire al paziente la prenotabilità della prestazione.

Il quesito diagnostico dovrà essere coerente con le eventuali indicazioni cliniche definite a livello nazionale/regionale e selezionate in fase di prescrizione e con le indicazioni di appropriatezza prescrittiva che saranno rese disponibili nelle linee guida e nelle raccomandazioni di BPCA dall'Istituto Superiore di Sanità o definite a livello regionale.

2.3 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Per le finalità di governo della domanda e di sostenibilità della programmazione sanitaria, è necessario che i sistemi di *governance* nazionale e regionali siano in grado di presidiare il processo di trasformazione del bisogno in domanda (richiesta di prestazione - prescrizione) attraverso strumenti di decodifica del così detto "bisogno normativo", inteso come il bisogno che ci si attenderebbe qualora la domanda di prestazioni fosse idealmente e completamente appropriata, sulla base di presupposti scientifici validati.

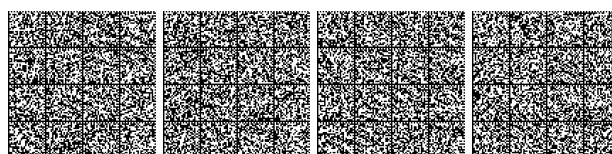
Un intervento sanitario (diagnostico, terapeutico, riabilitativo) si ritiene appropriato dal punto di vista prescrittivo quando è richiesto ed erogato in coerenza con il bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti e delle evidenze scientifiche disponibili, e quando tenga in considerazione il contesto socioculturale del paziente e il livello assistenziale richiesto, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

L'appropriatezza è, di fatto, correntemente messa in relazione con il concetto di sostenibilità in quanto potenzialmente in grado di limitare l'*overuse* delle prestazioni sanitarie dovuto a fenomeni di difensivismo e rassicurazione dell'utente.

In tale ottica e al fine di superare l'utilizzo del mero dato di produzione storica per finalità di programmazione dell'offerta, il PNGLA 2026-2028 introduce l'appropriatezza prescrittiva come *driver* di sostenibilità e come riferimento scientificamente supportato per i prescrittori, utilizzando le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come disciplinate dalla Legge n.24/2017, all'articolo 5 comma 1, e fermo restando quanto disciplinato dall'Allegato 4 del DPCM del 12 gennaio 2017 in materia di *Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale*.

Per le finalità correlate a tale principio, l'Istituto Superiore di Sanità promuove presso le Società Scientifiche di cui all'art. 5 L. n.24/2017 la produzione di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali orientata alle patologie, alle condizioni di salute e ai bisogni clinici che generano maggiore pressione critica sui sistemi di offerta.

Come è noto, le linee guida rappresentano strumenti prioritari di indirizzo e supporto decisionale nella pratica clinica, e, con il presente Piano, si persegue l'obiettivo di incrementarne la produzione e la diffusione allo scopo di coadiuvare i professionisti nella scelta di interventi diagnostici e terapeutici mirati alla gestione del caso clinico specifico e limitando, di conseguenza, il ricorso a prestazioni potenzialmente indotte da pratiche difensive.



Con la stessa finalità di contribuire all'appropriato ricorso all'offerta prestazionale, l'Istituto Superiore di Sanità promuove, inoltre, l'elaborazione delle buone pratiche clinico assistenziali per l'appropriatezza prescrittiva che mirano ad orientare l'azione dei prescrittori verso la corretta allocazione delle risorse disponibili.

Inoltre, allo scopo di ottimizzare i percorsi clinico assistenziali uniformando gli standard di qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure, potranno essere sviluppati da AGENAS e validati presso l'Istituto Superiore di Sanità schemi di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (schemi di PDTA) per la tempestiva presa in carico delle cronicità e per il contenimento dell'attesa diagnostica e terapeutica, supportando i professionisti sanitari nell'adozione delle scelte clinico-assistenziali quando non sono disponibili linee guida, individuando interventi che, anche in presenza di evidenze di qualità non alta, producono effetti desiderabili molto consistenti in termini di esiti di salute, con esiti indesiderabili minimi.

La diffusione delle buone pratiche e degli schemi di PDTA potrà consentire il miglioramento del grado di accessibilità, appropriatezza e congruità del percorso di cura, contribuendo inoltre alla riduzione del divario interregionale nel diritto di accesso alle cure.

Si riportano di seguito i criteri di eleggibilità per l'individuazione delle prestazioni e/o condizioni in relazione alle quali procedere alla prioritizzazione di sviluppo delle linee guida e degli altri strumenti di indirizzo prescrittivo:

- criticità in termini di garanzia dei tempi massimi di attesa, così come misurati dal flusso di monitoraggio ex ante. Con la messa a regime del nuovo flusso ex-ante potrà essere periodicamente aggiornato l'elenco delle suddette prestazioni critiche.
- alti volumi di erogazione.
- crescenti volumi di erogato in regime ALPI.

Le linee guida e le buone pratiche prodotte da tale iniziativa saranno rese disponibili mediante pubblicazione sulle specifiche sezioni del sito dell'Istituto Superiore di Sanità. Al fine di garantire la piena fruibilità dei contenuti e per massimizzare il ricorso alla consultazione, l'Istituto Superiore di Sanità adotterà soluzioni tecnologiche che ne consentiranno l'interrogabilità anche in maniera trasversale.

Per le finalità di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, l'obbligo di indicare il quesito diagnostico in fase di prescrizione dovrà essere implementato con l'obbligo di utilizzare sistemi di classificazione e codifica internazionale per definire e standardizzare il quesito diagnostico.

In tale ottica, è necessario che i sistemi di *governance* nazionale e regionali favoriscano l'attuazione di tale misura, intervenendo sia sui sistemi gestionali di prescrizione sia sulla formazione degli operatori e sul grado di condivisione con i prescrittori.

2.4 APPROPRIATEZZA DELLA CLASSE DI PRIORITÀ: IL METODO RAO

Per regolare e presidiare il rapporto tra domanda/offerta, è necessario individuare metodi che consentano di utilizzare le classi di priorità in base all'effettivo bisogno di salute del cittadino.

L'individuazione della classe di priorità in base alle condizioni cliniche deve diventare una caratteristica preponderante nelle richieste di ricorso alla specialistica e non deve essere condizionata dall'offerta disponibile sui sistemi di prenotazione, ma deve piuttosto essere coerente al bisogno di salute del cittadino; l'offerta, e di conseguenza la prenotazione, dovrà invece essere modulata adeguandosi alla domanda così formulata secondo regole condivise. In tale ottica, è necessario adottare sistemi che consentano di orientare



la prescrizione della classe di priorità sulla base di indicazioni cliniche esplicite ispirate all'appropriatezza dell'attesa. Nell'allegato A al presente documento sono illustrati possibili strumenti di supporto all'appropriatezza della prescrizione e della tempistica dell'attesa, tra i quali si cita il metodo dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO), già introdotti dal PNGLA 2019-2021 e definiti come *“categorie di contenuto clinico per l'accesso alla prestazione specialistica (diagnostica o terapeutica), omogenee per l'attesa che può essere assegnata al caso clinico senza compromettere la prognosi del paziente”*.

Il metodo RAO si compone di un documento di indicazioni cliniche redatto con il coinvolgimento di rappresentanti di società medico scientifiche, di istituzioni centrali (Ministero della Salute, AGENAS, Istituto Superiore di Sanità), di rappresentanti di tutte le Regioni e Province Autonome e di rappresentanti dei cittadini, che è periodicamente aggiornato e reso pubblico nel Portale AGENAS.

Presso AGENAS è istituito, entro 60 giorni dall'approvazione del PNGLA, il Tavolo Permanente dei RAO coordinato da AGENAS e composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni/PA e delle Associazioni dei cittadini e che si occuperà anche di coordinare l'attività di definizione dei quesiti diagnostici ai sensi dello standard adottato dal Ministero della salute, con la prospettiva di utilizzare tale sistema univocamente a livello nazionale, integrandolo nei flussi riguardanti la specialistica ambulatoriale.

3. LA PIATTAFORMA NAZIONALE DELLE LISTE DI ATTESA (PNLA)

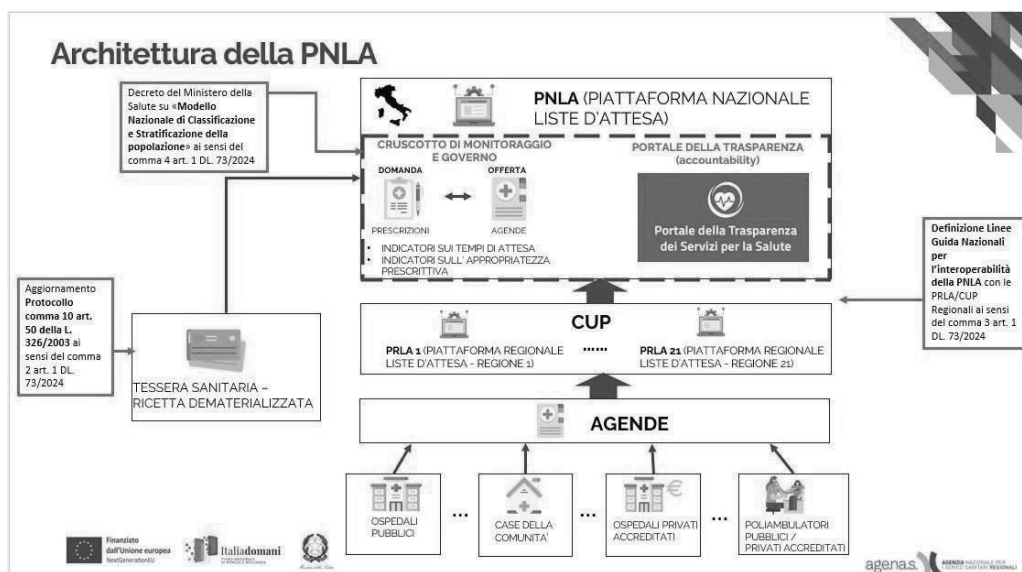
Il Decreto-legge n. 73/2024 prevede, all'articolo 1 comma 1, l'istituzione presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) della *Piattaforma nazionale delle liste di attesa (PNLA)*, di cui si avvale il Ministero della Salute. La piattaforma nazionale è finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme delle liste di attesa relative a ciascuna Regione/PA. Si tratta di uno strumento di governo delle liste di attesa coerente con l'obiettivo "Potenziamento del Portale della Trasparenza" previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza.

L'architettura si baserà sull'introduzione della PNLA e di 21 piattaforme regionali delle liste di attesa (PRLA) che interopereranno con la PNLA.

Lo scopo della PNLA sarà quello di interconnettere tutte le PRLA di cui sopra e produrre uno strumento nazionale (Cruscotto), per la Governance delle liste di attesa tramite dati tempestivi.

L'interoperabilità Nazionale dei sistemi PRLA/CUP regionali potrà rappresentare il percorso verso l'ottimizzazione delle liste d'attesa ed inoltre costituirà una base informativa oggettiva e trasparente attraverso la quale i cittadini possano essere informati sui tempi di attesa per classe di priorità delle diverse prestazioni. Verranno condivisi con le Regioni gli indicatori e i report che saranno accessibili ai cittadini dalla piattaforma nazionale in modo da contemperare le esigenze di trasparenza e visibilità dei dati, senza generare sovrapposizioni con le informazioni accessibili dai portali regionali.





Grazie alle informazioni raccolte dalla piattaforma, sarà possibile monitorare a livello nazionale:

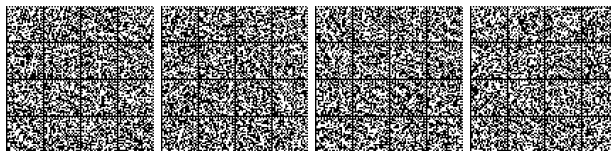
- La disponibilità delle agende (disponibilità delle agende prenotabili per prestazione sia per il sistema pubblico con ripartizione tra SSN e ALPI che per gli erogatori del privato accreditato);
- Set di indicatori relativi ai tempi di attesa in relazione alle classi di priorità (condivisi con il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni).

Con decreto del Ministro della Salute, sentita AGENAS e acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sono adottate specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali.

4. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA

Nel SSN, il sistema di offerta pubblico della specialistica ambulatoriale si compone di tutti gli erogatori presso i quali è possibile fruire di una prestazione diagnostica, terapeutica o riabilitativa utilizzando l'impegnativa SSN come titolo di accesso.

Compongono il sistema di offerta pubblico gli ambulatori delle Aziende sanitarie, delle Aziende Ospedaliere anche universitarie, gli ambulatori degli erogatori privati accreditati e quelli facenti capo agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) nonché il complesso delle strutture territoriali di cui al DM n. 77/2022 come specificati al paragrafo 4.4 del presente documento. Ai sensi dell'articolo 3, commi 10 e 10 bis, del decreto-legge n. 73/2024, si considerano rientranti nell'offerta del SSN, nei limiti delle risorse messe a disposizione a legislazione vigente e sulla base della tariffa nazionale delle prestazioni ai sensi del nomenclatore vigente in regime SSN, le prestazioni rese in regime libero-professionale intramuraria, oltre alle prestazioni rese con attività aggiuntiva e dal privato accreditato.



La modalità tradizionale di accesso al sistema di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, come descritto all'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge n. 73/2024, prevede la prenotazione al CUP da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico, e richieste come primo accesso. Ove lo specialista, in sede di primo accesso, ritenga necessari ulteriori accertamenti o prestazioni di controllo o follow-up, al fine di completare le indagini relative al sospetto diagnostico, è tenuto a prendere in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, nonché, ove necessario, di implementare il sistema dei percorsi diagnostici, anche inseriti in pacchetti ambulatoriali complessi e coordinati.

Con i medesimi presupposti organizzativi va realizzata la presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare (articolo 1, comma 3, lettera a, del decreto-legge n. 73/2024), per le quali deve essere prevista la programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza.

Con particolare riferimento alle malattie rare, va considerato quanto previsto dal Piano Nazionale Malattie Rare e dal Documento di riordino della Rete delle Malattie Rare con specifico riguardo ai meccanismi di invio e accesso del paziente ai rispettivi Centri di Riferimento per le finalità di ridurre il tempo tra l'esordio dei sintomi e la presa in carico competente del malato raro.

Alle modalità fin ora descritte, che si basano sulla prenotazione dell'impegnativa SSN presso il CUP e sulla generazione di un tempo di attesa tra il contatto e l'appuntamento, si aggiunge la modalità di accesso diretto per le prestazioni e i servizi di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c, del decreto-legge n. 73/2024 come descritte nelle Linee di indirizzo omogenee a livello nazionale CUP allegate al presente PNGLA (ALLEGATO B).

4.1 GLI AMBITI DI GARANZIA

L'obiettivo principale del sistema di offerta è quello di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini assicurando il massimo grado di qualità dell'assistenza e rispettando i tempi di attesa per la classe di priorità attribuita alla richiesta. Per tale finalità, il sistema di offerta per una data prestazione può comprendere diversi erogatori, dislocati su un dato territorio, la cui offerta confluisce sul CUP unico come descritto più avanti.

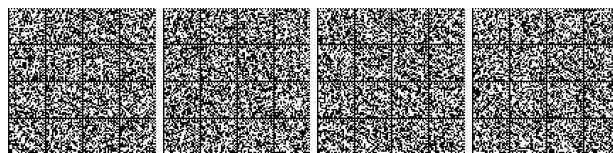
Per le prestazioni di **primo accesso**, le Regioni e PA devono individuare gli **ambiti territoriali di garanzia** nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa.

L'ambito di garanzia per le prestazioni ambulatoriali è definito quale insieme degli erogatori disponibili in un'area geografica tali da poter garantire, in base a principi di prossimità e raggiungibilità, la fruizione delle prestazioni di primo accesso qualitativamente e quantitativamente congrue con la domanda espressa dai cittadini residenti, con tempi di attesa appropriati rispetto alla classe di priorità indicata dal prescrittore.

A tale scopo si considera in ciascun ambito di garanzia l'insieme unitario delle risorse disponibili territoriali, ospedaliere e del privato accreditato con il SSN. Per alcune prestazioni in considerazione dell'offerta disponibile, ogni singola Regione o Azienda deve definire un ambito geografico di garanzia assicurato attraverso la formalizzazione di reti cliniche dell'offerta specialistica, definite assumendo un bacino demografico di riferimento, per tipologia di prestazione, tenuto conto anche delle caratteristiche oro-grafiche territoriali.

Il criterio della prossimità, definito nei piani regionali, può essere superato all'aumentare della complessità della prestazione (es. le visite garantite a livello distrettuale e la diagnostica pesante garantita a livello aziendale).

Gli ambiti di garanzia devono garantire che le prestazioni di bassa complessità siano facilmente accessibili al cittadino ed evitare onerosi spostamenti.



Le Regioni/PA devono indicare nei loro Piani Regionali gli ambiti di garanzia definiti secondo le modalità e i criteri di cui al presente documento.

4.2 IL PERCORSO DI TUTELA E I SUOI STRUMENTI

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi di attesa, secondo la classe di priorità indicata, l'Azienda sanitaria di appartenenza del paziente attiva un percorso di presa in carico per soddisfare la richiesta del cittadino. Le Regioni nei propri Piani regionali declinano i cosiddetti percorsi di tutela ossia modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione al momento di contatto con il CUP.

Per il cittadino è esigibile il diritto di avere la prestazione nei tempi massimi e l'Azienda sanitaria di appartenenza del paziente è tenuta a garantire tale diritto attivando i percorsi di tutela senza che la ricerca di soluzioni alternative debba ricadere sul cittadino. Ai sensi dell'articolo 3, commi 10 e 10 bis, del decreto-legge n. 73/2024, i percorsi di tutela da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, sulla base delle tariffe nazionali delle prestazioni ai sensi del nomenclatore vigente in regime SSN comprendono:

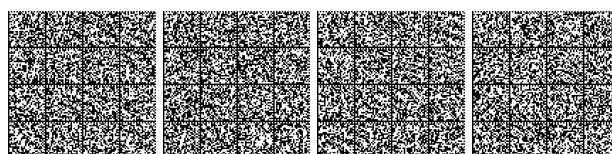
- a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992, nei limiti delle risorse messe a disposizione a legislazione vigente e dei vincoli nazionali in materia di tetto di spesa verso erogatori privati accreditati;
- b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;
- c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipe interessate;
- d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa, nei limiti delle risorse a tal fine messe a disposizione a legislazione vigente.

Tra gli strumenti di supporto all'efficientamento delle agende possono essere annoverati l'overbooking o il riutilizzo degli slot non occupati.

I percorsi di tutela rappresentano quindi una modalità per accedere ad una quota di offerta di prestazioni straordinaria che viene attivata solo a fronte di criticità.

In ultima istanza, le direzioni generali aziendali hanno la possibilità di acquistare delle prestazioni dal professionista erogate in regime libero professionale. In tale caso il servizio sanitario nazionale può sostenere esclusivamente il costo corrispondente al costo della tariffa nazionale della prestazione ai sensi del nomenclatore vigente in regime SSN.

Inoltre, è possibile annoverare il ricorso ad accordi con le Aziende Ospedaliere e i privati accreditati che insistono nell'ambito di garanzia. In tutti i casi, è da **escludersi tassativamente il rimborso a posteriori** (ossia a prestazione già eseguita) o di prestazioni prenotate autonomamente dal cittadino su agende di LP, di somme relative all'erogazione di prestazioni in Libera Professione o presso strutture private, in quanto non è possibile per l'azienda effettuare ex post le opportune verifiche circa l'effettiva indisponibilità prenotativa in regime SSN relativa al caso specifico.



4.2.1 STRUMENTI DI SUPPORTO AI PERCORSI DI TUTELA

L'avvio dei vari percorsi di tutela sopradescritti può essere organizzato tramite l'istituzione di **preliste** (o liste di tutela) che consentono la registrazione della richiesta per valutarla ed elaborare la soluzione migliore, fornendo successivamente l'appuntamento. Questo sistema semplifica anche l'accessibilità per i cittadini, che saranno contattati direttamente e non dovranno ripetutamente ricorrere al CUP.

Per quanto definiti nell'ambito della programmazione regionale e dei Piani regionali di governo delle liste d'attesa, l'organizzazione di uno specifico percorso di tutela di fronte alla richiesta del cittadino richiede un'attività amministrativa e organizzativa di back office. Questo comporta un differimento tra la prima data di contatto del paziente con il CUP e quella in cui viene fornito l'appuntamento.

In ogni caso, è obbligatorio registrare la richiesta al momento del primo contatto e provvedere a richiamare il cittadino entro e non oltre un periodo di tempo definito che corrisponde a massimo 5 giorni per le priorità B, massimo 10 giorni per le visite di tipo D e fino a 15 giorni per le diagnostiche di tipo D, e massimo 30 giorni per le priorità P per la proposta di appuntamento. Non possono essere attivate le preliste per le classi di priorità U.

È tassativamente vietato introdurre deroghe a tali tempistiche che possano nuocere al diritto del cittadino di ricevere la prestazione entro i tempi massimi previsti dalla classe di priorità. Il controllo dell'utilizzo delle preliste sarà a cura di AGENAS nell'ambito della gestione della PNLA che ai sensi dell'articolo 1, comma 5, lettera c), del decreto-legge n. 73/2024, effettua anche la verifica dei percorsi di tutela, del livello di funzionamento da essi garantito e della reale condizione di tutela assicurata ai cittadini. Nelle more della completa attivazione della PNLA, AGENAS avvierà un monitoraggio *ad hoc* per la verifica delle preliste all'interno dei percorsi di tutela previsti dal Piano.

Per le finalità di monitoraggio, ai fini della rilevazione del tempo di attesa, la data di primo contatto registrata è quella da considerare valida ai fini della determinazione del calcolo dei tempi di attesa, per i monitoraggi ex-ante ed ex-post.

4.3 TELEMEDICINA

Le televisite e i teleconsulti rappresentano un'importante evoluzione nel campo della medicina, grazie all'integrazione delle tecnologie digitali e possono rappresentare un'alternativa alle corrispondenti attività in presenza mantenendo o incrementando la qualità del processo clinico-assistenziale.

Come da Linee di indirizzo nazionali di cui all'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 e come anche richiamato dal DM 77/2022, per **Televisita** si intende un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza e in tempo reale con il paziente attraverso mezzi tecnologici che permettono la comunicazione visiva e sonora. L'atto sanitario di diagnosi, che scaturisce dalla visita, può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. L'interazione tra il medico e il paziente deve essere assicurata attraverso un collegamento videoconferenza, anche differito rispetto alla acquisizione di eventuale documentazione clinica (referti di esami laboratorio, diagnostica strumentale, altro), di complessità tecnologica (videochiamata, trasmissione immagini tipo lesioni/ferite etc.), proporzionale alle necessità.

La **Televisita** permette ai pazienti di consultare il proprio medico a distanza, utilizzando piattaforme di videochiamata sicure e protette (cfr Piattaforma Nazionale Telemedicina - PNT). La **Televisita** offre numerosi vantaggi, tra cui la comodità di evitare spostamenti, rendendola particolarmente utile per le persone con difficoltà di mobilità, per chi vive in aree remote o per coloro che necessitano di controlli frequenti. Inoltre, consente di facilitare il follow up dopo le dimissioni ospedaliere e, indirettamente, di ridurre i tempi di attesa grazie all'ottimizzazione degli accessi per visite di controllo.

Le **Televisite** possono rappresentare una modalità alternativa alle visite di controllo in presenza e pertanto devono seguire le stesse regole applicate alle visite di controllo, compreso il monitoraggio dei volumi al fine del governo delle liste di attesa. Inoltre, sono inserite in contesto di percorsi clinico-organizzativi definiti dalle regioni e province autonome.

Il **Teleconsulto** è un atto medico in cui due o più medici interagiscono a distanza, per esaminare e confrontarsi sulla situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati



clinici e i referti riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica utilizzando sistemi tecnologici certificati che consentono la comunicazione sicura a distanza. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette il confronto su specifici ambiti di competenza anche attraverso il coinvolgimento di team multidisciplinari. Il **Teleconsulto** tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona.

In merito all'appropriatezza prescrittiva, il ricorso al **Teleconsulto** riveste un ruolo di primaria importanza considerato che, da un lato, offre l'opportunità di sviluppare l'interazione tra medici, permettendo di migliorare le scelte diagnostiche e terapeutiche e rendendo più efficienti ed efficaci i percorsi di cura, dall'altro garantisce un appropriato accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Le Regioni devono incentivare l'utilizzo del teleconsulto in particolare per le prestazioni che possono risultare particolarmente critiche.

4.4 GLI ATTORI NELLA RETE DEGLI EROGATORI AL LIVELLO TERRITORIALE

Con l'allegato 1 del DM n. 77/2022 è stata varata la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: *Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale* - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR.

Nell'organizzazione del sistema di offerta di prestazioni sanitarie, la pianificazione regionale in tema di governo delle liste d'attesa dovrà debitamente valorizzare le strutture e le figure introdotte dalla Riforma stessa in considerazione del loro ruolo di:

- nodi di *erogazione* di prestazioni sanitarie (paradigma integrativo del sistema di offerta);
- nodi di *progettazione e facilitazione* dell'accesso alle prestazioni sanitarie (paradigma cooperativo del sistema d'offerta)

e in considerazione dell'impatto diretto o indiretto sulla gestione delle liste d'attesa e sulla riduzione dei tempi di accesso agli interventi sanitari.

L'impatto indiretto, in particolare, si realizza quando la struttura territoriale concorre a ridurre la ricorsività degli accessi alle strutture di erogazione tradizionale e la permanenza nelle stesse e ad aumentare la sostenibilità del sistema e l'appropriatezza del setting di cura, attraverso la presa in carico e l'addestramento di paziente e caregiver.

In tal senso, nei Piani di governo delle liste d'attesa regionali e aziendali l'organizzazione del sistema di offerta aziendale o sovra-aziendale dovrà correttamente inquadrare il ruolo di:

- **Case della Comunità** (di seguito CdC), quale modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, promuovendo un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata sia per la progettazione che per l'erogazione di interventi sanitari.

In particolare, quale luogo di *erogazione* di interventi sanitari, i Piani regionali e aziendali di governo delle liste d'attesa devono promuovere l'organizzazione delle CdC in équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie e devono garantire l'erogazione dei servizi di assistenza previsti dal DM 77/2022, anche mediante modalità di telemedicina, ove possibile e utile, tra i quali:

- o punto prelievi;



- servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- servizi ambulatoriali specialistici e non per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- servizi infermieristici di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche.

L'erogazione di tali prestazioni determina un prevedibile impatto diretto sulla riduzione della consistenza delle liste d'attesa e dei tempi di attesa presso gli erogatori tradizionali e sulla presa in carico degli assistiti, secondo il modello della sanità d'iniziativa e assicurando tutte le dimensioni della qualità dell'assistenza (appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

Quale luogo di *progettazione e facilitazione* dell'accesso alle cure, la CdC si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. In tale ottica, essa concorre indirettamente alla riduzione della consistenza delle liste d'attesa e dei tempi di attesa presso gli erogatori tradizionali, in quanto intercetta la ricorsività, la ridondanza e la frammentazione degli accessi legati alla percezione di incompletezza tipica del modello assistenziale a silos.

- **Ospedali di Comunità** (di seguito, OdC), quali funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, rivolti a pazienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità. I Piani regionali e aziendali di governo delle liste d'attesa devono valorizzare l'OdC in ordine alla finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. In tale ottica, l'OdC nella programmazione regionale può assicurare un impatto diretto sulla riduzione della consistenza delle liste e dei tempi di attesa presso gli erogatori tradizionali ma anche un impatto indiretto in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, intercettando la ricorsività dei ricoveri, favorendo la riduzione dei tempi di degenza e favorendo la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.
- **Rete delle cure palliative**, in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice e **Assistenza domiciliare integrata** (ADI), finalizzata all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza, entrambe in grado di esercitare un ruolo diretto sulla riduzione delle liste e dei tempi di attesa, favorendo l'erogazione delle cure a livelli e setting più appropriati, e un ruolo indiretto tramite la presa in carico.

- **Farmacia di Comunità**. La Farmacia costituisce un servizio di pubblico interesse, (sentenza della Corte Costituzionale n. 171/2022), diretto ad assicurare ai cittadini, attraverso l'assistenza farmaceutica, la tutela della salute (ex art. 32 della Costituzione). Tale servizio è affidato, ai sensi dell'art. 8 del d. lgs. n. 502 del 1992, a farmacie pubbliche e private che lo erogano per conto delle Aziende Sanitarie Locali, sulla base di convenzioni di durata triennale, conformi ad accordi collettivi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Il decreto legislativo n. 153/2009, precisamente art. 1, comma 4, prevede che il rapporto delle farmacie con il Servizio sanitario nazionale per lo svolgimento dei nuovi servizi sia disciplinato dalle medesime convenzioni di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, ed ai correlati accordi di livello regionale.

La pandemia da Covid-19 ha messo in luce l'importanza delle farmacie pubbliche e private come uno dei primi punti di contatto tra i cittadini e il SSN. Durante l'emergenza sanitaria, le farmacie hanno svolto un ruolo importante non solo garantendo l'accesso al farmaco ma anche garantendo la distribuzione dei dispositivi di protezione individuale, la somministrazione di test rapidi e vaccini, e la consegna di farmaci a domicilio.



L'insieme dei servizi sanitari erogati da tutti i professionisti del territorio (Medici di ruolo unico, infermieri di famiglia o comunità, farmacisti pubblici e privati, etc.) ridurrebbe gli accessi inappropriati al pronto soccorso e ospedalizzazioni evitabili, permettendo al SSN di utilizzare le risorse in modo più efficace ed efficiente. In questo contesto l'insieme delle attività di prevenzione e la gestione territoriale delle malattie croniche, che prevedono il coinvolgimento anche della medicina convenzionata ed il supporto del farmacista, possono contribuire a migliorare la qualità delle cure e a ridurre i costi associati alle complicanze e alle ospedalizzazioni per il SSN. Dal 2009 il D.Lgs. n.153 ed s.m.i. ha introdotto e formalizzato un nuovo ruolo per la farmacia intesa anche come centro multifunzionale al servizio della comunità.

Le attività delle farmacie coerenti con le azioni e gli obiettivi del PNGLA sono:

- Alimentazione e monitoraggio del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Dossier Farmaceutico;
- Esecuzione di prestazioni analitiche di primo e secondo livello, nonché di prestazioni di telemedicina (con particolare riguardo a ECG, holter pressorio, holter cardiaco) mediante l'utilizzo di strumentazione proprietaria, e in collegamento funzionale con centri di cardiologia;
- Servizio CUP per la prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali con le strutture SSN, per il pagamento ticket e per il ritiro referti.

Alla luce della capillare diffusione della farmacia e della relativa normativa nazionale in evoluzione, le farmacie possono contribuire alla promozione della salute pubblica e alla sostenibilità del sistema sanitario nonché di supporto allo stesso.

4.5 MODELLI ORGANIZZATIVI DI PRESA IN CARICO AMBULATORIALE E PIANI PERSONALIZZATI DI ASSISTENZA: IL DAY-SERVICE

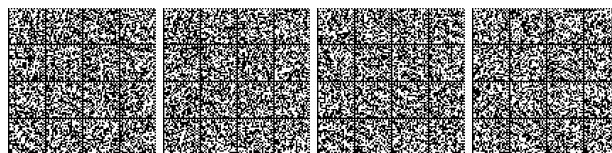
Come previsto dall'articolo 3 comma 8 del DL n.73/2024, nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico- assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza.

Una particolare tipologia di piano di assistenza rientrante in un modello organizzativo di presa in carico ambulatoriale è il Percorso Ambulatoriale Complesso e Coordinato, PACC, attuato in diverse Regioni/PPAA e definito come modello del Day Service, per il quale il presente PNGLA descrive e disciplina i principi generali

Il Day Service è un modello organizzativo di attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi coordinati multiprofessionali e interdisciplinari che si sviluppa in ambito ospedaliero e/o all'interno delle strutture ambulatoriali territoriali.

Il Day Service è centrato sul problema clinico del paziente ed è funzionale alla gestione di situazioni cliniche complesse tali da richiederne l'avvio da parte di uno specialista o del MMG/PLS, una presa in carico complessiva del paziente, da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare, per un inquadramento clinico globale e per la definizione della relativa gestione assistenziale, in tempi necessariamente brevi e facilitando al cittadino il percorso di accesso alle prestazioni.

È necessario creare un ponte di collegamento permanente tra i professionisti coinvolti ed in particolare tra il medico di medicina generale curante del paziente e lo specialista, tra i quali lo scambio di informazioni



e di opinioni deve essere costante, anche tramite le possibilità offerte dalla Telemedicina quali ad es. il teleconsulto, per definire il percorso.

In ogni caso la gestione, intesa come processo di valutazione e decisione, deve essere condivisa come reciproca consulenza per garantire la continuità dell'assistenza da parte dell'intero team, evitando passaggi da un professionista ad un altro.

Attraverso il Day Service vengono quindi forniti al cittadino dei percorsi finalizzati al raggiungimento di una risposta rapida ed appropriata al suo bisogno di salute evitando inutili frammentazioni del percorso assistenziale.

Il modello di Day Service si caratterizza per:

1. presenza funzionale nella struttura erogatrice, di più professionisti per assicurare una risposta multiprofessionale e multidisciplinare al problema clinico del paziente;
2. gestione unitaria del percorso da parte di uno specialista che dà attuazione al percorso/algoritmo diagnostico e/o terapeutico e che diviene "tutor" del paziente;
3. garanzia al cittadino di atti medici, indagini diagnostiche, interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con utilizzo di farmaci specifici), attività sanitarie riabilitative, appartenenti a varie professioni e varie discipline specialistiche con una gestione unitaria del caso clinico da parte dello specialista tutor;
4. formulazione tempestiva di una diagnosi con un numero limitato di accessi;
5. attivazione, di norma, una sola volta per ogni singolo problema e termine del percorso con le conclusioni diagnostiche.

Gli ambiti di applicazione dei Day Service si possono ricondurre principalmente alle tre tipologie di seguito elencate:

1. diagnostico: consente di ottenere diagnosi rapide e accurate, migliorando l'efficienza e riducendo il tempo di attesa. Prevede consulenze con specialisti per diagnosi e trattamenti specifici e tutti gli esami diagnostici necessari per giungere alla diagnosi prevedendo, laddove necessario, la pianificazione di eventuali ulteriori esami o trattamenti in base ai risultati.
2. terapeutico: che consiste nella somministrazione di terapie farmacologiche, chemioterapiche, radioterapiche o terapie fisiche.
3. chirurgico: il Day Service, per le procedure chirurgiche che non richiedono un ricovero, deve prevedere, oltre all'intervento, tutte le prestazioni ad esso collegate (esami preparatori ed il monitoraggio del decorso post-operatorio).

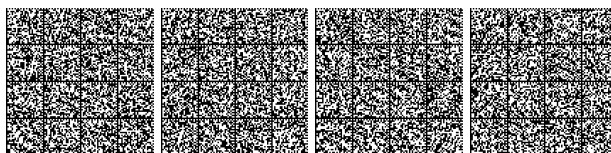
Il percorso di prescrizione ed erogazione del Day Service prevede le seguenti azioni:

A. Accesso

Nel caso in cui un MMG, PLS o uno specialista ne ravvisi l'opportunità, lo stesso propone l'attivazione del Day Service prescrivendo la visita specialistica della disciplina di riferimento in relazione alla patologia accertata o sospettata.

B. Presa in carico e attivazione del Day Service

L'arruolamento dei pazienti nel percorso di Day Service è deciso dal referente medico del DS o da uno dei medici dell'equipe tenutaria della gestione del DS. Il medico autorizzato all'attivazione, sulla base della visita eseguita e della presenza di eventuali problematiche cliniche complesse, prende in carico il paziente e stabilisce se arruolarlo nel relativo percorso di Day Service oppure dare risposta al quesito diagnostico attraverso l'esecuzione di singole prestazioni ambulatoriali.



Se lo specialista ritiene appropriato avviare il percorso di DS richiede le prestazioni indicando nella prescrizione come tipologia “accesso successivo”.¹¹

Le modalità di definizione e di costruzione dei DSA devono essere individuate a livello regionale.

4.6 IL CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE (CUP)

Per Centro Unico di Prenotazione (CUP), si intende il **sistema centralizzato informatizzato di prenotazione** delle prestazioni sanitarie, deputato a:

- gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, libera professione intramoenia) con efficienza;
- strutturare in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni;
- interfacciare le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni;
- supportare modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini finalizzate al contenimento dei tempi di attesa.

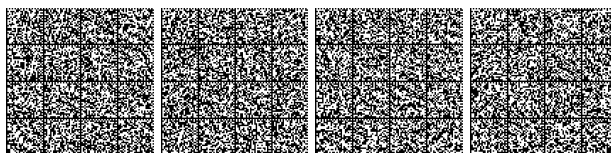
Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al CUP che è unico a livello regionale o infra-regionale secondo quanto disciplinato dall'art. 3 del DL n.73/2024. L'erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private accreditate non può comunque che essere nei limiti della programmazione regionale come risultante dai budget assegnati e dagli accordi contrattuali sottoscritti, ai sensi del decreto legislativo n. 502/1992 e nel rispetto della legislazione vigente.

Nel corso della vigenza del presente Piano, le Regioni e PPAA si impegnano a realizzare un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un CUP al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, sulla base di quanto previsto dall'articolo 3 della L. n. 107/2024 e delle indicazioni riportate nelle linee di indirizzo nazionali sul sistema CUP (ALLEGATO B).

Il Sistema, formato nel suo complesso da più procedure, deve consentire di ottimizzare l'offerta verso il cittadino e di standardizzare le analisi per rimodularla, confrontando stime relative a fabbisogno ed offerta, a ciò che è stato prenotato ed erogato.

Al CUP compete, altresì, l'attivazione di un sistema di recall e di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, come previsto dall'art. 3 comma 5 del DL 73/2024.

¹¹ Campania DGRC 102/2009, Emilia-Romagna DGR 1803/2009, Friuli-Venezia Giulia DGR 600/2017, Liguria DGR 754/2010, Lombardia DGR XI/3522/2020 e DGR N° VIII/1084/2009, Molise DCA n.35/2014 e 18/2015, PA di Bolzano DGP 2134/2020, Puglia DGP 1202/2014, Toscana DGR 469/2021, Umbria DGR 610 del 06/05/2019, Veneto DGR 1079/2007, DGR 2812/2007, DDR 61/2012, DDR 29/2027, DDR 52/2017.



Inoltre, la progettazione del sistema CUP inteso come insieme di componente tecnologica e componente programmatoria, deve essere ispirata a strumenti e logiche di ottimizzazione delle agende di prenotazione, tale da massimizzare il rendimento delle sedute ambulatoriali e minimizzare il fenomeno delle mancate presentazioni.

Si ribadisce che la chiusura/indisponibilità delle agende di prenotazione è inderogabilmente vietata presso tutte le strutture pubbliche e private accreditate, senza alcuna eccezione. Il controllo dell'eventuale chiusura delle agende sarà a cura di AGENAS nell'ambito della gestione della PNLA ai sensi dell'art.1 comma 1 del decreto legge n. 73/2024. A fronte di inefficienze e anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di audit nei confronti delle Regioni/PA nei cui territori insistono le aziende sanitarie e ospedaliere titolari delle suddette agende come previsto dall'art. 2 comma 6 del decreto legge n. 73/2024.

Le citate Linee di indirizzo CUP, allegate al presente documento per formarne parte integrante (ALLEGATO B), contengono le indicazioni tecniche omogenee a livello nazionale di cui ai commi 5 e 7 dell'articolo 3 del decreto legge n. 73/2024.



SEZIONE RICOVERI

Per ricovero programmato (di seguito “RP”) si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di day-hospital /day surgery che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stato rilevato il bisogno. L’indicazione al ricovero programmato può essere posta da:

- un medico dipendente o convenzionato con il SSN (Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta; Medico specialista ambulatoriale convenzionato);
- Un Dirigente medico della Struttura a cui afferisce il registro di prenotazione;
- un Dirigente medico di altra Struttura o Presidio ospedaliero secondo le indicazioni regionali a seguito di una visita specialistica effettuata nella struttura di ricovero

e deve tradursi, ove il paziente concordi, nell’inserimento in Lista di Attesa per ricovero programmato.

L’inserimento in lista di attesa deve produrre il ricovero dell’assistito entro un tempo di attesa che è in funzione della Classe di Priorità assegnata dallo specialista e della capacità di risposta della struttura di offerta. Per il dovere di presa in carico del bisogno, il Servizio Sanitario Regionale/Provinciale deve rendere disponibile al cittadino, come requisito essenziale di qualità, un sistema di accesso alle prestazioni di ricovero appropriato, equo, oggettivo e trasparente, utilizzando razionalmente tutte le risorse erogative disponibili nel territorio di riferimento.

La gestione dei ricoveri programmati, in particolare, deve essere funzionale a:

- garantire equità nell’accesso;
- garantire che l’accesso del paziente alle prestazioni di ricovero sia gestito ad un livello qualitativo ottimale;
- favorire l’ottimizzazione nell’impiego delle risorse sia aziendali (*operations management*) sia sovra-aziendali quando le specificità del caso o il rispetto del tempo massimo di attesa lo rendano necessario, secondo un processo di responsabilizzazione regionale;
- stimolare l’attività di programmazione strategica aziendale sul tema delle liste di attesa, con l’obiettivo di migliorare il livello di accessibilità a tali prestazioni in un’ottica di *clinical governance* garantendo il perseguimento del rapporto ottimale tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, secondo il modello a rete dell’assistenza ospedaliera;
- garantire il setting appropriato di erogazione, nel rispetto di quanto previsto dal dPCM 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) – articoli 39, 40 e 41.

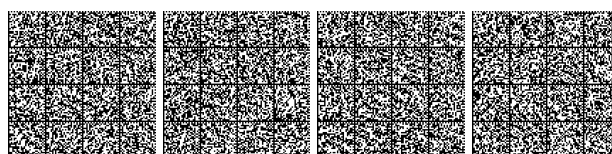
Indirizzi e regole omogenee, su tutto il territorio nazionale, hanno lo scopo di assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali ed al contempo rafforzando strumenti e regole di governo del percorso del paziente chirurgico e della programmazione delle risorse.

In tale ottica, è necessario:

- programmare l’assegnazione delle risorse (umane, tecnologiche, organizzative) sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità favorendo l’ottimizzazione nell’impiego delle risorse aziendali (*operations management*);
- attivare percorsi tecnici ed organizzativi per la tenuta delle liste al fine di soddisfare i criteri di corretta gestione delle agende promuovendo la verifica delle liste medesime;
- garantire una corretta, completa e trasparente informazione al paziente. -

5. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA

A differenza di quanto avviene per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, non è attualmente disponibile un flusso informativo nazionale relativo alle prescrizioni dei ricoveri programmati, utile a dimensionare il fabbisogno di cure e la domanda di salute espressa dai cittadini per tale regime.



Per le finalità di analisi della domanda e di programmazione dell'offerta nonché per avviare un sistema di verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei ricoveri programmati, il presente Piano disciplina il modello organizzativo di accesso al ricovero programmato identificando regole e strumenti uniformi a livello nazionale volti a quantificare e qualificare la consistenza delle liste d'attesa che insistono sugli istituti di ricovero, distinte per:

- Intervento Monitorato
- Classe di Priorità

Nella sezione dedicata ai monitoraggi sarà presentata la metodologia sperimentale adottata dal presente Piano finalizzata ad una più efficiente programmazione dei flussi operativi dei ricoveri programmati anche ai fini delle indicazioni contenute nel DM n.70/2015 in tema di organizzazione delle reti ospedaliere e rispetto delle soglie minime di rischio, nonché al confronto e coordinamento tra regioni per lo sviluppo di indirizzi, regole e modalità condivise per il governo della mobilità attiva/passiva.

5.1 INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

Il percorso di generazione della posizione in lista di attesa inizia con la visita di un medico specialista che, valutate le condizioni cliniche del paziente e rilevata la necessità del ricovero procede all'inserimento in lista per ricovero, previa debita informativa al paziente che comprenda ogni riferimento alla modalità di gestione del suo caso, ivi inclusa l'eventuale definizione di un ambito di garanzia per i ricoveri. Quest'ultimo è definibile come la rete di strutture entro le quali la Regione/PA è tenuta a garantire il tempo massimo d'attesa previsto per la corrispondente classe di priorità.

L'informativa al paziente deve concludersi con l'espressione da parte di questi della propria "accettazione consapevole" alle condizioni di offerta e, dunque, con l'iscrizione in lista d'attesa. La lista d'attesa dovrà dare evidenza del regime di ricovero previsto per ogni posizione.

La data di iscrizione del paziente in lista d'attesa da cui decorre il calcolo del tempo di attesa deve coincidere con la data di "accettazione consapevole" fornita dal paziente che, di norma, coincide con la data della visita specialistica in cui è rilevata o confermata l'indicazione al ricovero. È quest'ultima, di fatto, il momento in cui il medico specialista, con la classe di priorità, definisce il periodo entro il quale, verosimilmente, l'attesa non determinerà una compromissione del quadro clinico.

È necessario che le Aziende si dotino di un sistema di registrazione dell'assenso del paziente ad essere inserito in lista d'attesa previa comprensione delle condizioni di offerta ("accettazione consapevole") al fine di massimizzare la trasparenza delle informazioni verso il paziente, centralizzando tale fase di governo del processo e minimizzare il rischio di successivi rifiuti alla convocazione al ricovero.

È possibile che ci sia un differimento della data di iscrizione del paziente in lista d'attesa rispetto alla visita, ad esempio nei casi in cui il paziente non fornisca contestualmente la propria "accettazione consapevole" all'inserimento in lista; in questo caso, la data di prenotazione riportata nell'apposito campo della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) deve coincidere con la data in cui il paziente ha fornito la propria accettazione al ricovero e ad essere inserito in lista d'attesa. Per finalità di monitoraggio, la struttura presso cui si genera la posizione di lista d'attesa è tenuta a rilevare entrambe le date e adottare idonee misure in caso di significativo e sistematico scostamento tra le due date.

Per finalità di trasparenza, l'informativa al paziente deve evidenziare che l'impegno del SSN a rispettare il tempo di attesa previsto dalla Classe di Priorità assegnata dallo specialista decorre dal momento della data di "accettazione consapevole" fornita.

Nella fase di inserimento in lista sul sistema informativo aziendale è possibile che la fase diagnostica non sia ancora completata e quindi non siano ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico, del livello assistenziale richiesto dal caso o il livello di gravità clinica; è altresì possibile che lo specialista rilevi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie neo-adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima di confermare l'indicazione al ricovero. Per assicurare la presa in carico del paziente fin da questa fase e favorire l'idoneo espletamento del progetto diagnostico o terapeutico necessario e propedeutico al successivo intervento, il paziente è inserito in "lista di presa in carico". L'uscita dalla lista di presa in carico coincide o con la disconferma dell'indicazione al ricovero (per controindicazioni o sopraggiunta cessazione delle indicazioni che avevano motivato la proposta di ricovero), o con l'effettivo inserimento in lista d'attesa.



La permanenza del paziente in lista di presa in carico può motivare la mancata coincidenza tra la data della visita e la data di inserimento in lista d'attesa, purché ci sia idonea registrazione della fase di presa in carico. La Regione/P.A. è tenuta a vigilare che la fase di presa in carico sia a tutti gli effetti rivolta alle finalità descritte e che siano prevenuti e intercettati fenomeni opportunistici riferibili ai tempi di attesa.

Ai fini della determinazione della consistenza della lista d'attesa e del monitoraggio della stessa, è necessario utilizzare sistemi codificati per l'identificazione della diagnosi e della procedura. Tale modalità facilita, altresì, la corretta pianificazione degli accessi secondo logiche di flessibilità ed efficienza e una migliore programmazione nell'utilizzo delle piastre produttive (posti letto, sedute operatorie, prestazioni intermedie, pre-ricovero, ecc.). A tal fine, si suggerisce di far riferimento alla metodologia di classificazione delle prestazioni chirurgiche di cui all'Appendice 1 del documento *"Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2 0001525-24/01/2022"* cui si rinvia

5.2 ATTRIBUZIONE CLASSE DI PRIORITÀ DI ATTESA E INTRODUZIONE AL MODELLO DEI RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEA (RAO RICOVERI)

Al momento dell'inserimento in lista di attesa, lo specialista ospedaliero è tenuto ad assegnare al paziente un attributo di priorità alla luce di valutazioni cliniche (dolore, disfunzioni, disabilità) e prognostiche. Nella tabella 1, si riportano le Classi di priorità (e relativo criterio che ne sottende l'individuazione) per prestazioni erogate in regime di ricovero, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012.

L'attribuzione della classe di priorità è un giudizio (e un atto) clinico e, a differenza della convocazione al ricovero, non è influenzato dalla capacità di offerta della struttura ospedaliera.

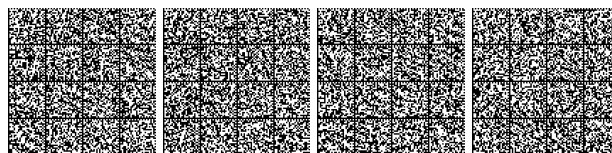
TABELLA 1 - CLASSI DI PRIORITÀ PER RICOVERI PROGRAMMATI

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 non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Lo scopo della classe di priorità è quello di identificare i tempi massimi entro i quali deve essere garantita la prestazione.

La classe di priorità è assegnata valutando:

1. condizione clinica del paziente, natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi, in relazione al tempo necessario al trattamento;
2. presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
3. casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che li ha in carico, ad esempio, criticità sociali e/o economiche.



Le classi attribuite sono da considerarsi suscettibili di modifiche successive in funzione dell'evoluzione delle condizioni cliniche del singolo caso: in tal caso è necessario aggiornare la classe di priorità, motivando e registrando la scelta nel sistema informatizzato da parte dello specialista. Si precisa che in caso di modifica della priorità in senso estensivo (es. per miglioramento delle condizioni cliniche e aumento del tempo massimo d'attesa), il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già trascorso rientra nel tempo di attesa).

Al fine di avviare un processo di definizione omogenea a livello nazionale, delle classi di priorità da assegnare al paziente al momento dell'inserimento in lista di attesa per ricovero in base a criteri clinici espliciti, nel rispetto dell'autonomia responsabile del medico specialista, il presente Piano introduce il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei per ricovero (RAO ricoveri).

Secondo il modello RAO ricoveri, l'assegnazione della classe di priorità per un ricovero deve basarsi su un protocollo esplicito e trasparente di valutazione dei principali driver che determinano il tempo massimo di riferimento per ciascun ricovero. Tra questi, vanno considerati: la tipologia d'intervento chirurgico, la diagnosi, l'età, il genere, le comorbidità rilevanti ed eventuali caratteristiche della patologia particolarmente impattanti in ambito sociale.

Nell'ALLEGATO C è illustrato l'approccio metodologico sviluppato per pervenire alla definizione dei RAO di ricovero nazionali e i relativi principi di monitoraggio. Il monitoraggio dei RAO risponde ad una mera finalità di autovalutazione e governance dell'appropriatezza prescrittiva ai fini dell'orientamento e del confronto tra i comportamenti prescrittivi e conseguente miglioramento.

Entro 60 giorni dall'emanazione del presente documento sarà attivato un tavolo tecnico per lo sviluppo della procedura RAO ricoveri in coerenza con le indicazioni metodologiche di cui all'allegato.

6. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA

6.1 TEMPO MASSIMO DI ATTESA, QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E

PERCORSI DI TUTELA

Nel glossario tecnico delle liste d'attesa, i **percorsi di tutela** sono percorsi di presa in carico che l'erogatore (o, più in generale, la struttura d'offerta), attiva per soddisfare la domanda di cure nei tempi e nelle modalità previste dallo specifico bisogno clinico del paziente, in condizioni in cui la capacità di offerta non è immediatamente coerente con la stessa.

Nel caso del ricovero programmato, la programmazione regionale, già orientata per reti di patologie, dovrà prevedere un'organizzazione sovra-aziendale volta a garantire, per il paziente che si rivolge al SSN, una completa presa in carico già al primo contatto con il sistema e la capacità di orientare il caso alla più idonea "collocazione" in lista di attesa nella Struttura definita dal programmatore regionale, evitando la duplicazione di prestazioni di visita (vedi prima visita specialistica) e/o strumentali, nel perimetro di un definito ambito di garanzia.

L'idonea collocazione è da parametrarsi sulla base di:

1. Tempi di attesa più vantaggiosi e/o garanzia del rispetto della classe di priorità a pari livello di qualità dell'erogazione;
2. Maggiore qualità garantita dai livelli di volume (soglie di rischio di esito, di cui al DM n.70/2015 e/o in riferimento al PNE);
3. Distribuzione della casistica per poli di competenza, fino all'eventualità che una struttura non eroghi una determinata prestazione.

6.1.1 PERCORSI DI TUTELA E TEMPO MASSIMO DI ATTESA



Nel caso in cui la struttura erogatrice non riesca a garantire il rispetto del tempo massimo di attesa previsto per la classe di priorità al paziente già inserito in lista d'attesa, e ove questi abbia fornito la propria disponibilità in fase di informativa, se la regione ha predisposto un ambito di garanzia per la prestazione, deve essere proposta una sede alternativa per il ricovero con pari livelli di qualità dell'assistenza e all'interno di un bacino geografico predeterminato sulla base dei criteri di prossimità e raggiungibilità.

Pertanto, l'ambito di garanzia per ricoveri programmati deve essere definito su base regionale quale area geografica all'interno della quale in base a principi di prossimità e raggiungibilità, debba essere garantita la fruizione delle prestazioni di ricovero qualitativamente e quantitativamente congrue con la domanda espressa dai cittadini, con tempi di attesa appropriati rispetto alla classe di priorità indicata dal prescrittore. Le dimensioni dell'ambito di garanzia variano sulla base della disciplina, dello specifico intervento e delle risorse tecnologiche ed assistenziali necessarie.

La governance sovra-aziendale, sempre garantendo la libera scelta del cittadino, deve, dunque, permettere una "fluidità" di interazione tra le singole liste di attesa di ricovero adottando un sistema di comunicazione funzionale e operativa che consenta l'interazione funzionale e il trasferimento di presa in carico del paziente tra liste d'attesa di più erogatori. A tal fine è necessario che i provvedimenti regionali assicurino:

1. univocità delle anagrafiche di riferimento;
2. adozione formalizzata di un modello con livelli di priorità dei ricoveri per corretta rilevazione dei ricoveri tra pubblico e privato;
3. che la proposta di ricovero sia registrata e programmata dalla singola azienda e il codice fiscale associato al paziente non possa essere utilizzato per la medesima patologia in altra struttura della regione;
4. definizione dei modelli di informazione e proposta di cura ove la prestazione possa essere erogata in altra sede rispetto alla "scelta" iniziale del paziente;
5. gestione integrata delle "agende di prenotazione" dei ricoveri, ovvero previsione di sistemi che leggano la programmazione dell'attività di ricovero e chirurgica sia degli operatori pubblici, sia degli operatori privati al fine di garantire la migliore opzione di intervento.

L'eventuale rifiuto del paziente al trasferimento di lista presso un'altra struttura, comporta l'esclusione dal monitoraggio.

In fase di monitoraggio, saranno sistematicamente misurati i rifiuti del paziente al fine di operare una riprogrammazione sostenibile del sistema di offerta

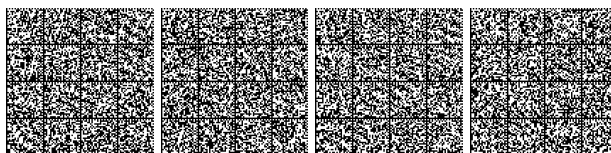
Si raccomanda che, nel caso siano presenti offerte di sedi alternative nell'ambito territoriale di competenza quando presente e formalizzata una rete interospedaliera finalizzata al rispetto dei tempi di attesa previsti dal PNGLA, il sistema informativo aziendale di lista di attesa sia in grado di tenere traccia dell'eventuale trasferimento del paziente nella lista di attesa indicando lo stato TRASFERITO, nel caso in cui accetti il trasferimento ad altra struttura.

6.1.2 *PERCORSI DI TUTELA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA*

Per quanto riguarda la distribuzione della casistica di ricovero in poli e strutture che, per volume di casi trattati per specifiche procedure, offrano una maggior garanzia di qualità è necessario che il livello regionale adotti protocolli che tendano a concentrare le prestazioni nelle strutture deputate fin dal momento dell'inserimento in lista d'attesa, anche in considerazione delle soglie di rischio di esito, di cui al DM n.70/2015.

In prima istanza, un corretto utilizzo del quesito clinico in fase di emissione dell'impegnativa di visita specialistica e una congrua anagrafica delle agende di prenotazione per visita specialistica sono fondamentali per fornire un corretto orientamento del paziente già in fase di valutazione preliminare.

Tuttavia, ove la visita specialistica si effettui in una struttura che non garantisca idonee soglie di volumi ed esiti in indicazione al ricovero, i protocolli sovra-aziendali devono disciplinare modalità, tempi e attori deputati ad indirizzare il paziente presso l'erogatore più idoneo, all'interno dell'ambito di garanzia, evitando una nuova prescrizione di visita specialistica e una nuova attesa per il paziente stesso.



In un'ottica di equilibrio programmatico complessivo, in coerenza con il modello di rete regionale, sarà necessario che la concentrazione della casistica in poli con più alti volumi erogativi, sia basata sull'interconnessione del polo con gli altri attori della rete in maniera tale da garantire decongestionamento dei posti letto nel pre e nel post operatorio, con utilizzo sistematico anche del *back transfer*, oltre che in fase di creazione della lista d'attesa.

Le reti vanno, dunque, concepite sempre più come un sistema integrato capace di accogliere anche pazienti in trasferimento decongestionando, così, le strutture deputate all'erogazione di prestazioni con maggior richiesta o con richieste a diverse complessità.

I Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo delle risorse ospedaliere (umane, tecnologiche, posti letto, sale operatorie ecc), intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

6.2 DIRITTO DI INFORMAZIONE DEL PAZIENTE

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, deve essere rilasciata al cittadino una stampa contenente le informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero), nonché tutti i riferimenti per potersi informare telefonicamente o di persona.

Nell'ambito del percorso di presa in carico prima dell'accettazione della proposta di intervento e quindi dell'inserimento in lista di attesa il paziente deve essere adeguatamente informato di quanto previsto dall'organizzazione aziendale e regionale, anche in merito a quanto sopra esposto (tempi d'attesa diversi dei vari centri e possibilità di ricevere una proposta per un'altra struttura al fine di garantire il rispetto dei tempi previsti) ed dell'eventuale possibilità di essere trasferito ad altra struttura per garantire il tempo massimo di attesa.

Per tali casi, i Programmi Attuativi Regionali devono prevedere una specifica procedura che permetta di ricollocare il paziente, ove questi accetti, in altro istituto di ricovero che insiste nell'ambito di garanzia, al fine di garantire un ricovero entro i tempi previsti dalla normativa nell'ambito di un'organizzazione regionale predefinita.

Si raccomanda che ciascuna Azienda adotti un piano di comunicazione, con particolare riferimento all'accessibilità dell'offerta e alle regole di tutela dell'equità e trasparenza. Durante la permanenza in lista andranno previsti contatti gestiti dagli operatori attraverso canali di comunicazione anche diversificati (telefono, posta elettronica, canali informatici per il contatto diretto), che permettano di: richiedere al paziente conferma della volontà di permanere in lista, a fronte del tempo che è realisticamente prospettabile, avvisare il paziente in prossimità della data di ricovero, o di avvio del percorso pre-ricovero e prospettare, con l'eventuale supporto del livello sovra-aziendale, sedi alternative di trattamento in caso di previsto superamento dei tempi di attesa. In caso di trasferimento del paziente da una Lista di Attesa ad un'altra, lo stesso deve mantenere invariata la data di inserimento in lista mentre la Classe di priorità può subire modifiche in ordine ad eventuale rivalutazione clinica.

Si raccomanda che, durante l'intera fase di permanenza in lista del paziente, dall'inserimento in lista alla convocazione al ricovero, si presti particolare cura alla relazione con il paziente, non burocratica ma attenta all'ascolto, ispirata al rispetto, curando l'individualità e tenendo conto del contesto sociale, economico, culturale di vita.

Si raccomanda che le informazioni consegnate al paziente siano inviate anche al Fascicolo Sanitario Elettronico.



6.3 GESTIONE E TENUTA DELLA LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

6.3.1 CONVOCAZIONE AL RICOVERO: SCELTA DELLA DATA, GESTIONE DEL RIFIUTO E CORRETTA MANUTENZIONE DELLA LISTA

La convocazione si sostanzia nella individuazione della data in cui la struttura diventa disponibile al ricovero del paziente e la conseguente chiamata del paziente al ricovero deve essere fatta in un tempo congruo al fine di garantire al paziente la possibilità di accettare la prima data proposta.

La determinazione della data di convocazione proposta deriva dalla considerazione di:

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

L'ordinamento dei pazienti in lista deve, dunque, coniugare sia l'aspetto di priorità (definito dalla specifica classe) sia l'aspetto temporale (espresso dal tempo già trascorso in lista d'attesa), e deve tener conto dello score proposto nell'Allegato 5 delle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2" 0001525-24/01/2022.

Si raccomanda che la struttura ospedaliera introduca nell'organizzazione, ove non ancora presenti, sistemi di gestione operativa (o, di minima, funzioni di bed management, emergency management, operating room management ecc.), capaci di generare un costante collegamento funzionale tra le piattaforme operative ospedaliere (posti letto, sale operatorie, servizi di diagnostica, ecc.) e le funzioni di governo dell'accesso al ricovero programmato tali da favorire soluzioni tempestive, flessibili ed appropriate.

Come sarà più nel dettaglio descritto alla sezione monitoraggio, la data offerta al paziente è un elemento cruciale sia per la programmazione ospedaliera sia per la valutazione della capacità di offerta della struttura e, di conseguenza, per il monitoraggio dei tempi di attesa. Per tale motivo, si raccomanda che siano correttamente censite sul sistema di prenotazione i casi di indisponibilità del paziente (rifiuto temporaneo o definitivo).

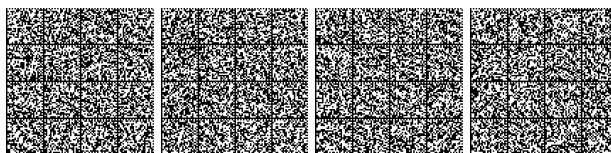
È possibile che, durante la permanenza in lista, emergano motivi sanitari del paziente (es. insorgenza di condizioni cliniche che non consentono temporaneamente l'intervento o controindicazioni) o indisponibilità del paziente per motivi personali per i quali si renda necessario sospendere temporaneamente la posizione del paziente al fine di garantire il mantenimento della priorità acquisita.

È necessario che, a livello locale, si adottino comportamenti e procedure operative che tengano monitorato e governino il fenomeno dei pazienti sospesi affinché sia sempre nota la condizione che giustifica e/o rinnova il periodo di sospensione, evitando così che permangano posizioni di pazienti in lista di attesa non gestiti o non noti. Si rimanda ai piani regionali le procedure operative contenenti sia la puntuale definizione dei criteri di sospensione sia del tempo massimo di sospensione accettabile per classe di priorità.

Nel caso il periodo di sospensione si protragga è opportuno pianificare e concordare con il paziente una visita di rivalutazione.

6.3.2 RICOVERO DEL PAZIENTE

La data di ricovero rappresenta il limite temporale di calcolo del tempo di attesa esperito dal paziente dal momento dell'inserimento in lista d'attesa e, di norma, coincide con la data di convocazione proposta e



accettata dal paziente. Se la prima data di convocazione offerta al paziente è stata rifiutata, la prestazione di ricovero esce dalla garanzia dei tempi e, di conseguenza, non è soggetta a monitoraggio.

Si raccomanda che il sistema informativo aziendale di lista d'attesa abbia un'architettura funzionale a interdire e/o comunque gestire in trasparenza il fenomeno dei ricoveri.

programmati inseriti ex novo e non scaricati dalla lista d'attesa e a renderlo tracciabile nelle interrogazioni successive.

L'effettuazione del pre-ricovero è parte integrante della fase di lista d'attesa e va esaudita nei tempi utili a rendere il paziente pronto all'intervento entro i tempi massimi di attesa della classe di priorità assegnata.

Quale fase intermedia tra il momento dell'inserimento in lista e il momento di reale trattamento del paziente (ricovero), la data di effettuazione del pre-ricovero non è valutata ai fini del monitoraggio del tempo d'attesa, che andrà sempre riferito alla data di ricovero.

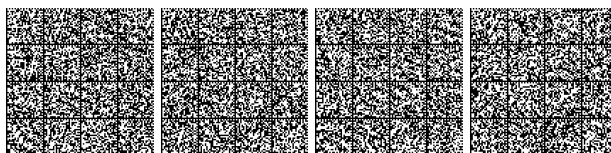


SEZIONE PIANI REGIONALI DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

Entro 120 giorni dall'entrata in vigore del decreto ministeriale di adozione del presente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e relativi allegati, parte integrante dello stesso, acquisita la previa Intesa, le Regioni e le PPAA adottano i propri Piani Regionali di Governo delle Liste d'attesa, prevedendone l'aggiornamento annuale ai sensi dell'art. 2 comma 5 del decreto legge n.73/2024.

I Piani Regionali devono prevedere regole e strumenti atti a garantire:

- *per l'organizzazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, Day service e PDTA:*
 - l'adozione di sistemi di analisi del fabbisogno di prestazioni assistenziali in linea con quanto disposto dal PNGLA e, ove applicabile, ai sensi della Legge concorrenza n. 118 del 5 agosto 2022;
 - un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro unico di prenotazione (CUP), a cui afferiscono gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati, al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, sulla base delle indicazioni riportate nelle linee di indirizzo nazionali sul sistema CUP;
 - l'implementazione dell'interoperabilità dei sistemi regionali con la PNLA secondo le specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali;
 - la piena dematerializzazione delle prescrizioni mediche e dei relativi dati di "presa in carico" ed erogazione, tenuto conto di quanto specificato al capitolo 5 dell'Allegato A del PNGLA. Tali aspetti sono monitorati attraverso la reportistica di cui al paragrafo 7.2 del PNGLA;
 - l'obbligo dell'uso sistematico, nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN:
 - a) dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
 - b) delle classi di priorità (per il primo accesso);
 - c) del quesito diagnostico;
 - che per le prestazioni con priorità U (entro 72 ore) siano previsti percorsi semplificati di accesso per garantire la prestazione entro il tempo previsto, in coerenza con i percorsi di appropriatezza definiti quali ad esempio il manuale RAO;
 - che la prescrizione di primo accesso che non riporti la classe di priorità e il quesito diagnostico sia da considerarsi non esigibile;
 - incentivare le Aziende:
 - a) a prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente,



- contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista o della struttura;
- b) a dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile);
 - che il Sistema CUP garantisca opportuni meccanismi di notifica, aventi funzione di promemoria nei confronti dell'utente (es. SMS, e-mail), al fine di ricordare la prenotazione effettuata; favorisca l'accessibilità ai servizi di disdetta prevedendo quante più modalità possibili; metta a disposizione del cittadino le informazioni utili sull'applicazione dell'eventuale ticket nel caso in cui lo stesso non si presenti nel giorno previsto senza giustificata disdetta, ai sensi delle linee di indirizzo di cui all'art. 3 commi 5 e 7 del decreto legge n.73/2024, come disciplinate nell'ALLEGATO B;
 - la promozione di strumenti di governo dell'appropriatezza quali ad esempio il metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, ferma restando la possibilità da parte delle Regioni e Province Autonome di adottare, previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, differenti modelli di governo clinico ed altri strumenti di supporto all'appropriatezza dell'attesa in fase prescrittiva;
 - l'individuazione di modalità e criteri per la definizione degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso, nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa;
 - l'individuazione di modalità e criteri per l'attivazione del percorso di tutela e dei relativi strumenti, ossia modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione al momento di contatto con il CUP;
 - incentivare l'utilizzo del teleconsulto in particolare per le prestazioni che possono risultare particolarmente critiche
 - l'individuazione e l'adozione, con specifici provvedimenti regionali, del Day Service e l'attivazione di un sistema di monitoraggio dei percorsi attivi e delle relative prestazioni
- *Per l'organizzazione dell'accesso al ricovero programmato*
- l'adozione di sistemi di analisi del fabbisogno di prestazioni di ricovero e di programmazione dell'offerta di ricovero in linea con quanto disposto dal PNGLA, con particolare riferimento alla misurazione della consistenza di lista d'attesa per classe di priorità e tipologia di intervento presso ciascun erogatore;
 - l'obbligo di indicare sull'impegnativa di richiesta di visita specialistica il quesito diagnostico;
 - che il quesito diagnostico sia formulato utilizzando sistemi codificati in coerenza con la classificazione internazionale delle malattie adottato dal Ministero della salute;
 - l'obbligo di indicare chiaramente sulla prescrizione del ricovero la classe di priorità attribuita al caso, la diagnosi che motiva la richiesta di ricovero e la procedura prevista, utilizzando sistemi codificati di attribuzione della diagnosi e della procedura;
 - l'adozione da parte delle Aziende di un sistema di gestione della lista d'attesa informatizzato e centralizzato (sistema informativo aziendale di lista di attesa), per l'accesso ai ricoveri programmati, garantendo la visibilità e il governo delle liste d'attesa a livello centrale (di minima, a livello di direzione ospedaliera);
 - che il paziente per il quale sia necessario completare accertamenti diagnostici o altri iter propedeutici alla conferma dell'indicazione al ricovero, sia comunque preso in carico dalla struttura con appositi strumenti di rilevazione e tracciabilità sia del percorso assistenziale esperito dal paziente durante questa fase sia della data in cui, terminata la fase di presa in carico, si proceda all'effettivo inserimento in lista d'attesa;
 - che, al fine di limitare al minimo il fenomeno di drop out dalle liste (ad esempio, rifiuto del paziente alla convocazione per scelta di altro istituto di ricovero), l'inserimento in lista avvenga previa accettazione da parte del paziente della proposta di ricovero e di inserimento in lista. L'accettazione, da qui in avanti definita "consapevole", va acquisita dopo opportuna informativa resa al paziente circa i tempi di attesa, i percorsi alternativi e



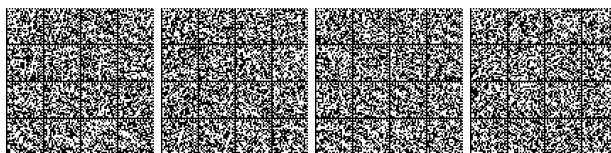
di tutela adottati per assicurare il rispetto dei tempi e del massimo grado di qualità dell'assistenza. La data di accettazione consapevole espressa dal paziente, ove diversa da quella di visita specialistica e, dunque, di prenotazione, va registrata e tracciata dai sistemi di monitoraggio aziendali;

- che l'inserimento in lista d'attesa avvenga solo nei casi in cui non siano necessari ulteriori approfondimenti diagnostici o trattamenti preoperatori, riservando a tali ultimi casi una tempestiva e completa presa in carico fino alla definitiva indicazione al ricovero;
- che la data di prenotazione di cui all'omonimo campo della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) corrisponda alla data in cui lo specialista ha valutato il bisogno di salute e formulato l'indicazione al ricovero e che, nella medesima data, il paziente abbia fornito la propria accettazione consapevole ad essere inserito in lista d'attesa per ricovero, con le specifiche indicate più avanti nel documento;
- la vigilanza regionale sulla coincidenza tra data di effettuazione della visita specialistica, data di accettazione consapevole fornita dal paziente e data di inserimento in lista d'attesa e sull'effettiva corretta ed efficiente gestione della fase di presa in carico;
- che il pre-ricovero sia gestito quale fase intermedia tra il momento dell'inserimento in lista e il momento di reale trattamento del paziente (ricovero). Pertanto, la data di effettuazione del pre-ricovero non è valutata ai fini del monitoraggio del tempo d'attesa, che andrà sempre riferito alla data di ricovero;
- che la conferma dell'avvenuto inserimento in Lista di Attesa venga notificata al paziente attraverso i canali messi a disposizione dalle aziende quali presentazione diretta, invio a mezzo PEC o e-mail e nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- che sia promosso, come strumento di governo della domanda dei ricoveri programmati, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" con l'obiettivo, in analogia con quanto sperimentato per la specialistica ambulatoriale, di rendere il più possibile uniformi fra le diverse Regioni e Province Autonome, i comportamenti prescrittivi in ordine alla classe di priorità, ferma restando la possibilità da parte delle Regioni e Province Autonome di adottare, previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, differenti modelli di governo clinico.
- la definizione e l'applicazione di "percorsi di tutela" ovvero percorsi di accesso alle procedure di ricovero volti a garantire il rispetto dei tempi di attesa e del maggior livello di qualità dell'assistenza in un'ottica inter-aziendale o sovra-aziendale (regionale). In particolare, la governance sovra-aziendale, sempre garantendo la libera scelta del cittadino, deve permettere una "fluidità" di interazione funzionale e operativa tra le liste di attesa degli istituti di ricovero che, oltre a favorire il rispetto dei tempi di attesa, sia idoneo a concentrare specifiche prestazioni nelle strutture ad esse deputate, anche in considerazione delle soglie di rischio di esito e della vocazione clinico-assistenziale degli ospedali sulla base delle linee di indirizzo fissate dal DM 70/2015;
- per finalità di analisi e programmazione, che siano sviluppati sistemi di monitoraggio regionale della consistenza delle liste d'attesa per singolo istituto di ricovero disaggregate per diagnosi e tipologia di procedure clinico-chirurgiche;
- per le finalità di cui al punto precedente, che siano definiti gli ambiti di garanzia, ovvero i bacini territoriali individuati in base all'organizzazione aziendale e regionale, in cui garantire detti percorsi di tutela, nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità;
- che siano avviate e implementate attività aziendali di gestione operativa (operations management), volte alla corretta e sistematica analisi dei flussi ospedalieri e della capacità delle piattaforme produttive con specifico riferimento alla separazione tra flussi dei ricoveri programmati e urgenti a protezione sia della filiera assistenziale in elezione che in emergenza;
- che il Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) e l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa di cui al comma 5 dell'art. 2 del decreto legge n.73/2024, vigilino sul rispetto dei principi di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nei Piani regionali. Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare.

I Piani regionali devono, inoltre, prevedere:



- le modalità e i cronoprogrammi per l'attuazione dei monitoraggi di cui al presente Piano
- strumenti previsionali ed attuativi utili a riprogrammare l'offerta di prestazioni elettive, ambulatoriali e di ricovero, nei casi in cui sia necessario mobilitare risorse assistenziali per affrontare emergenze catastrofiche di natura biologica e non biologica.
- governare le strategie di sospensione delle attività elettive di ricovero e ambulatoriali al fine di ridurre al minimo gli effetti negativi derivanti dal rinvio delle prestazioni.



SEZIONE MONITORAGGI

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

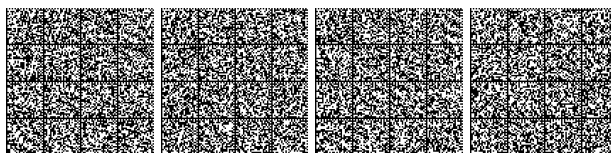
- ✓ Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- ✓ Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI);
- ✓ Monitoraggio delle prescrizioni;
- ✓ Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP;
- ✓ Monitoraggio *ex ante* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- ✓ Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale.

7. LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E LE PRESTAZIONI DI RICOVERO OGGETTO DI MONITORAGGIO

Nell' ALLEGATO G sono elencate le prestazioni ambulatoriali e gli interventi chirurgici considerati traccianti, da monitorare ai fini del presente PNGLA.

7.1 IL MONITORAGGIO EX ANTE DELLE PRESTAZIONI DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE (PRENOTATE IN ATTIVITÀ ISTITUZIONALE E IN ALPI)

Il PNGLA 2019-2021 prevedeva in maniera distinta la gestione dei monitoraggi dei tempi di attesa delle prestazioni prenotate in attività libero professionale che era affidata ad AGENAS (monitoraggio ALPI) e quella delle prestazioni prenotate in attività istituzionale, di cui era responsabile direttamente il Ministero della Salute.



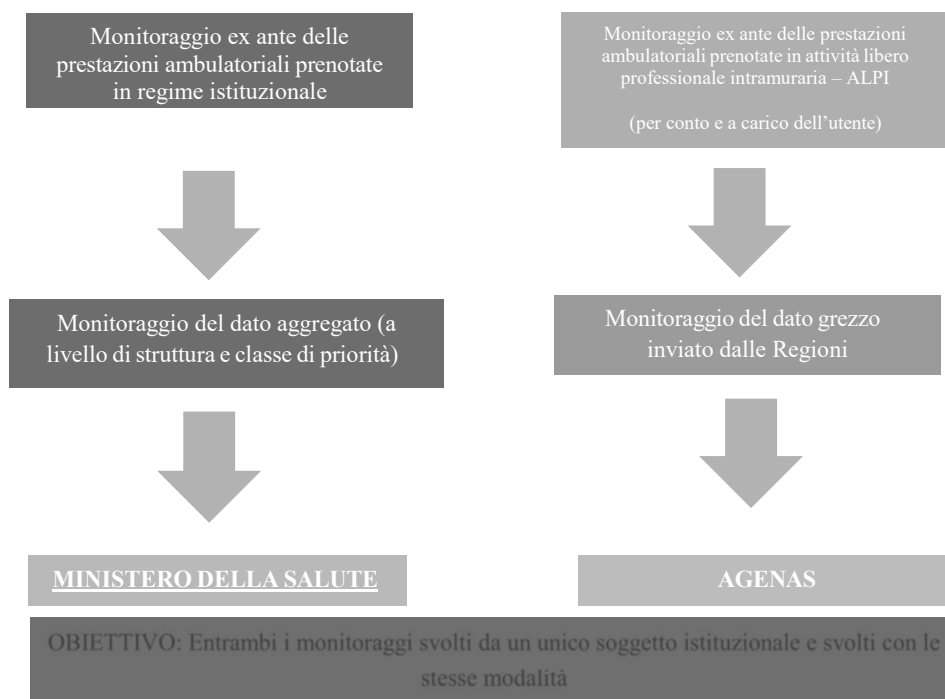


Figura 3. Modalità e obiettivi del monitoraggio secondo il mandato del PNGLA 2019-2021.

Per le prestazioni nell'ambito dell'attività libero professionale (ALPI), venivano richiesti i dati grezzi relativi alle prestazioni prenotate nella settimana indice, mentre per le prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale, le Regioni erano tenute ad inviare dati aggregati, a livello di struttura e classe di priorità. Dunque, i dati raccolti risultavano non confrontabili a causa di differenze nella modalità di raccolta delle informazioni.

L'obiettivo di questo Piano è quello di unificare i due monitoraggi e le due modalità di rilevazione. Pertanto, AGENAS, a partire dal 2025, ha avviato il monitoraggio dei dati sulle liste di attesa con l'obiettivo di fornire una rappresentazione omogenea dei risultati ex ante relativi alle prestazioni prenotate in attività istituzionale e ALPI.

Oggetto del monitoraggio è la rilevazione delle prenotazioni relative ad aggregazioni di prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale).

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), presenti nelle tabelle di cui all' ALLEGATO G, le Regioni e le PPAA dovranno garantire che il **90% delle prenotazioni di attività istituzionale preveda l'offerta di un appuntamento entro il tempo massimo previsto dalle classi di priorità.**

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente i primi accessi di prime visite e di prestazioni di diagnostica strumentale; sono escluse dai monitoraggi, di cui al precedente capoverso, le prestazioni ambulatoriali erogate in PS e le prestazioni di screening.

Sono rese disponibili sul Portale della trasparenza di Agenas le specifiche tecniche che le Regioni/PA sono tenute ad implementare nei propri sistemi CUP allo scopo di conferire ad AGENAS, mensilmente, il flusso dati del monitoraggio ex ante.



Ai sensi dell'art.1 comma 5, lettera c), del decreto legge n.73/2024, la **verifica dei percorsi di tutela**, del livello di funzionamento da essi garantito e della reale condizione di tutela assicurata ai cittadini sono oggetto di monitoraggio da parte della PNLA anche in coerenza con quanto definito nei Piani regionali in merito all'attivazione di tale strumento.

Monitoraggio dei volumi

Il PNGLA 2010-2012 e il PNGLA 2019-2021 recano *“il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria”*, ed il decreto legge n.73/2024, art.4 comma 2 stabilisce che *“Presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale di cui all'articolo 15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. A tale fine, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa”*.

A tal fine AGENAS rileva, una volta l'anno, i volumi delle prestazioni ambulatoriali e dai ricoveri previsti dal PNGLA 2026-2028 erogate in ALPI e in attività istituzionale per singola struttura pubblica (Aziende sanitarie locali, Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria, IRCCS pubblico) dell'anno precedente. I volumi per l'attività istituzionale, relativi alle prestazioni ambulatoriali devono essere inviati in maniera distinta per classe di priorità, devono comprendere sia i primi accessi che gli accessi successivi e le prestazioni erogate dai privati accreditati, non devono comprendere le prestazioni ambulatoriali erogate in PS non seguite da ricovero e le prestazioni di screening.

I volumi relativi alle sole visite specialistiche per l'attività istituzionale devono essere inviati in maniera distinta tra primo accesso (prima visita, visita erogata da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita, necessaria in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo-follow up). Per l'attività istituzionale vanno considerate le prestazioni erogate dai privati accreditati, ma non vanno considerate le prestazioni ambulatoriali erogate in PS e le prestazioni di screening.

7.2 IL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI

La domanda di prestazioni ambulatoriali è misurabile attraverso le prescrizioni effettuate in un dato periodo di riferimento da parte di tutti i prescrittori. In particolare, la disponibilità di dati su tutte le ricette prescritte in modalità elettronica (dematerializzata) consente di effettuare selezioni e analisi, sia per quanto riguarda la distribuzione per area geografica, sia in riferimento alle caratteristiche dell'utente destinatario della prescrizione (età, genere etc.), nonché alle prestazioni prescritte.

Tuttavia, non tutte le prescrizioni esitano in prenotazione sia per abbandono fisiologico, nonché per scelta dell'utente di rivolgersi privatamente ad uno specifico specialista. La misurazione della capacità di risposta del SSN al fabbisogno di prestazioni espresso attraverso le prescrizioni mediche può essere effettuata attraverso il cosiddetto *“Catchment Index”* che mette a confronto i volumi delle prescrizioni dematerializzata/elettronica con quelli delle prenotazioni.

Al fine di rappresentare il processo di prescrizione, prenotazione ed erogazione il Ministero dell'Economia e delle Finanze, su richiesta di AGENAS e del Ministero della Salute, ha predisposto, in modalità sperimentale, all'interno del *Cruscotto TS*, una specifica reportistica dei dati delle prescrizioni.

Ritenuto che tale cruscotto di interrogazione dei dati delle prescrizioni possa fornire un significativo contributo informativo sia al livello centrale che regionale, si prevede che la rilevazione del processo di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prescrizioni diventi un monitoraggio sistematico.

Le Regioni/PA, AGENAS e il Ministero della Salute, che sono abilitate e che già utilizzano il cruscotto TS, avranno a disposizione le relative reportistiche le cui specifiche tecniche saranno definite dopo l'approvazione del Piano e in coerenza con i suoi contenuti.

I sistemi di monitoraggio devono permettere il calcolo dei seguenti indicatori:



- numero di prescrizioni non seguite dalla prenotazione (proxy della difficoltà di accesso al sistema di prenotazione - agende chiuse - o della difficoltà di accesso alla prestazione per insufficienza del sistema di offerta, tempi troppo lunghi e/o eccessiva distanza del domicilio dal luogo di erogazione e/o scarsa qualità percepita). In questi ultimi casi, il cittadino può rifiutare la prenotazione;
- numero di prenotazioni non seguite dall'erogazione ovvero le mancate presentazioni (proxy dell'inefficienza e dell'insufficienza del sistema di offerta che, anche in questo caso, determina una mancata fruizione della prestazione, ancorché prenotata).

A tendere

- Numero di prestazioni attese su numero di prestazioni prescritte (proxy del soddisfacimento del bisogno «normativo»).

Inoltre, trend e confronti su prescritto ed erogato e tempi reali di attesa (mediani) e non più solo percentuali di copertura.

7.3 MONITORAGGIO DELL'EFFETTIVA INCLUSIONE DI TUTTE LE AGENDE (ATTIVITÀ PUBBLICA, PRIVATA E LIBERA PROFESSIONE) NEL SISTEMA CUP

Il vigente Piano Nazionale delle Liste di Attesa (PNGLA) prevede la gestione trasparente e la totale visibilità delle agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. La gestione delle agende tramite sistemi CUP informatizzati rappresenta il presupposto per tutte le azioni di monitoraggio individuate dal PNGLA.

Nelle more della messa a regime della Piattaforma nazionale delle liste di attesa prevista dal DL 73/2024, in fase di attivazione, si procederà alla rilevazione con modalità analoghe a quelle adottate negli anni pregressi, in cui si chiederà alle Regioni/PA la trasmissione di un file Excel con l'informazione delle strutture e delle agende collegate ai sistemi CUP.

Una volta entrata a regime la nuova modalità di monitoraggio, la rilevazione tramite file Excel perde la sua efficacia. Permane fino ad attivazione a regime della PNLA.

7.4 IL MONITORAGGIO EX ANTE DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE

In considerazione di quanto esposto in premessa ed in coerenza con le "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", di cui all'Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020, con le "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2" (0001525-24/01/2022-DGPROGS-DGPROGS-P) - del Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del gennaio 2022, con il progetto triennale 2022-2024 promosso dal Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - "Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati", si è avviata la sperimentazione di un flusso informativo dedicato al monitoraggio ex ante delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato (LiDiA) e di un Flusso Registro Operatorio (Re.Op.) dedicato all'attività chirurgica programmata che permetteranno di costruire un monitoraggio della capacità di arruolamento e della capacità produttiva del SSN per una conoscenza oggettiva delle attività svolte in termini di domanda e offerta di salute per ricoveri chirurgici programmati.



La disponibilità di un monitoraggio ex-ante dedicato alle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati consente di conoscere l'attuale domanda di salute dei cittadini (per Classe di Priorità, intervento monitorato, territorio) identificando in modo proattivo eventuali aree di criticità al fine di perseguire il miglioramento della definizione di una efficiente programmazione dei flussi operativi dei ricoveri programmati anche ai fini delle indicazioni contenute nel DM n.70/2015 in tema di organizzazione delle reti ospedaliere e rispetto delle soglie minime di rischio, oltre ad un confronto e coordinamento tra regioni finalizzati allo sviluppo di indirizzi, regole e modalità condivise per il governo della mobilità attiva/passiva.

Entro il 2026 è prevista l'implementazione dei flussi al fine di garantire un equo accesso alle prestazioni di ricovero per intervento chirurgico anche in ragione dell'applicazione dei RAO ricoveri e di quanto previsto all'interno del PNGLA in materia di centralizzazione delle prestazioni chirurgiche.

Indicatori ex ante Lista di Attesa flusso LiDiA e Re.Op.

- Consistenza di Lista di Attesa: numero di pazienti presenti in Lista di attesa in un dato momento che possono essere suddivisi per Classe di Priorità, Regione, Intervento Monitorato
- Pazienti Scaduti in Lista di Attesa: numero e/o percentuale di pazienti presenti oltre il tempo massimo di attesa in Lista di attesa in un dato momento che possono essere suddivisi per Classe di Priorità, Regione, Intervento Monitorato
- Tempo medio di Attesa: giornate medie di attesa e/o 90° percentile di attesa di pazienti presenti in Lista di attesa in un dato momento che possono essere suddivisi per Classe di Priorità, Regione, Intervento Monitorato
- Volume di pazienti inseriti in Lista di Attesa: numero di pazienti inseriti in Lista di attesa in un periodo (mese/anno) che possono essere suddivisi per Classe di Priorità, Regione, Intervento Monitorato
- Volume di pazienti cancellati da Lista di Attesa: numero di pazienti cancellati da Lista di attesa in un periodo (mese/anno) distinti per motivazione che possono essere suddivisi per Classe di Priorità, Regione, Intervento Monitorato
- Mobilità Attiva/Passiva prevista: numero di pazienti inseriti in Lista di attesa residenti in altre regioni in un dato momento che possono essere suddivisi per Classe di Priorità, Regione, Intervento Monitorato
- Punto di Equilibrio: confronto tra il numero di pazienti inseriti in Lista di Attesa e quelli Ricoverati e Cancellati per determinare l'equilibrio o disequilibrio tra domanda e offerta di prestazioni di ricovero per intervento chirurgico in un periodo (mese/anno) distinti per motivazione che possono essere suddivisi per Classe di Priorità, Regione, Intervento Monitorato.

7.5 IL MONITORAGGIO EX POST DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO

EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE

Il monitoraggio ex post delle attività di ricovero riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili. Tale monitoraggio viene effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore: *“Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per ciascuna classe di priorità ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.”*

La lista delle procedure di ricovero sottoposte a monitoraggio è riportata nell' ALLEGATO G.

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la specifica classe di priorità ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Formula: n° prestazioni per Classe di priorità erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe di priorità. Soglie di garanzia: uguale o superiore al 90%.

Note per il calcolo:

1. Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital; tipo di ricovero programmato, con o senza preospedalizzazione; codice ICD-9-CM e s.m.i. di intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica in qualunque posizione e codice ICD-9-CM e s.m.i. di diagnosi principale o secondaria inclusi nelle specifiche procedure elencate nella tabella ALLEGATO G.2.

2. Criteri di esclusione

- Tutti i ricoveri per acuti di tipo urgente, TSO o parto non urgente.



SEZIONE COMUNICAZIONE

8. PIANO DI COMUNICAZIONE AL CITTADINO ED IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2026-2028 (PNGLA 2026-2028) ha previsto una revisione del Glossario in materia di liste di attesa sia rivolto agli operatori sanitari che ai cittadini.

Entrambi i documenti sono stati armonizzati rispetto al documento generale e prevedono la definizione puntuale delle singole voci (ALLEGATO E e ALLEGATO F).

L'obiettivo è fornire in maniera esaustiva strumenti di immediata lettura, contestualizzando le diverse voci alle varie fasi definite dal PNGLA.

Grande attenzione è stata rivolta al Glossario dei cittadini, per il quale è stato utilizzato un linguaggio orientato alla lettura e comprensione del testo da parte del singolo utente, senza tralasciare indicazioni sui diritti e doveri di quest'ultimo.

La promozione e divulgazione del PNGLA 2026-2028 deve essere effettuata tramite una efficace Campagna di Comunicazione a cura del Ministero della Salute, che tenga conto da una parte del target da raggiungere (operatore sanitario e cittadino), e dall'altra parte degli strumenti tecnologici e di informazione che oggi sono più comunemente utilizzati.

Pertanto, il Piano di Comunicazione deve prevedere:

- Campagna di comunicazione istituzionale veicolata attraverso i principali media
- Campagna social attraverso l'utilizzo di piattaforme come Facebook, Instagram, YouTube, Pinterest, Twitter o altri canali mediatici presenti nello spazio digitale per la diffusione di pillole informative video
- Disseminazione attraverso i portali istituzionali di amministrazioni centrali e regionali, di informazioni inerenti alle modalità di erogazione delle prestazioni, diritti e doveri dei cittadini/utenti e doveri degli enti erogatori includendo report su buone pratiche da seguire e su cattivi comportamenti da evitare
- Realizzazione di materiale informativo (es. opuscoli, dépliant, pieghevoli, quaderno o altre modalità) da distribuire nei luoghi di erogazione delle prestazioni, negli Studi dei Medici di Medicina Generale (MMG), negli Studi dei Pediatri di libera scelta (PLS) e nelle Farmacie.

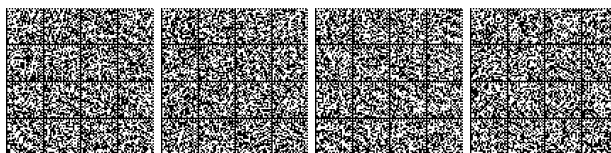
8.1 IL MONITORAGGIO DEI SITI WEB

La comunicazione su tempi e liste di attesa oltre ad essere disciplinata da vari atti (articolo 41, comma 6, del decreto legislativo n. 33/2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa; Accordo Stato-Regioni sul documento "Linee di indirizzo – Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi sui siti web di Regioni, Province autonome e aziende sanitarie", Rep. atti n. 3/CSR del 25 gennaio 2024, ALLEGATO al presente documento), va sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.

Al riguardo, si conviene di procedere ad un monitoraggio, su tutto il territorio nazionale, di verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN. Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa.

Saranno oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni e Province Autonome; ASL; AO e AOU; IRCCS; Policlinici Universitari.

Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati



aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online, secondo le modalità previste nell' ALLEGATO D. I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

ARMONIZZAZIONE CON I SISTEMI DI GOVERNANCE NAZIONALE

9. IL PNGLA E IL SISTEMA NAZIONALE DI GARANZIA

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il Comitato Lea valuta annualmente gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni per accedere alla cd quota premiale del FSN riferiti agli articoli: 1, Allegato 1- punto 2 -lettere c), e), f), g) e h), 3, 4 e 10, della citata Intesa a cui si aggiungono tutti quelli fissati da Leggi successive, Accordi e Intese in Conferenza Stato-Regioni e altri atti di programmazione sanitaria. Il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, si avvale per la loro certificazione delle attività del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'art.9 della citata Intesa.

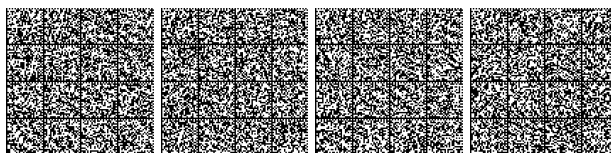
Per la verifica degli adempimenti regionali, ogni anno, il Comitato Lea predispone, per quanto di competenza sanitaria, un Questionario che elenca tutti gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni e le note alla compilazione che includono i criteri di valutazione degli adempimenti.

Con il **Nuovo Sistema di Garanzia** (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, introdotto con il DM 12 marzo 2019 e operativo dal 1° gennaio 2020 successivi aggiornamenti, si dispone di uno strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare

- secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia, che dall'anno 2020 sostituiscono la Griglia Lea, costituiscono uno degli adempimenti, il punto e) mantenimento dei LEA, a cui sono sottoposte le Regioni per accedere alla quota premiale.

9.1 PIANO NAZIONALE LISTE D'ATTESA 2026-2028 ED EMERGENZE

Nell'ambito della programmazione nazionale, regionale ed aziendale è necessario definire strumenti previsionali ed attuativi utili a riprogrammare l'offerta di prestazioni elettive, ambulatoriali e di ricovero,



nei casi in cui sia necessario mobilitare risorse assistenziali per affrontare emergenze catastrofiche di natura biologica e non biologica.

In questo paragrafo, si forniscono indicazioni generali per governare le strategie di sospensione delle attività elettive di ricovero e ambulatoriali al fine di ridurre al minimo gli effetti negativi derivanti dal rinvio delle prestazioni.

In prima istanza, si raccomanda che le amministrazioni regionali e aziendali promuovano forme di cooperazione istituzionale e di raccordo tra i referenti delle attività di governo delle liste d'attesa e coloro che si occupano a vari livelli della predisposizione dei piani di preparazione e risposta alle emergenze, quali, ad esempio, il Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico o il Piano di Emergenza Interna per il Massiccio Afflusso dei feriti.

Inoltre, è necessario prevedere un coinvolgimento proattivo e sinergico delle strutture (ospedali di comunità, farmacie, CAD, ecc) e delle infrastrutture (telemedicina) di livello territoriale con le quali rimodulare l'offerta e ridistribuire i carichi di lavoro al fine di mantenere quanto più ampia possibile la capacità residua derivante dall'impegno delle strutture maggiormente interessate dall'iperafflusso e dall'emergenza.

Si raccomanda, altresì, che le misure da intraprendere siano declinate in base a scenari o perimetri di riferimento, operando le opportune valutazioni di scalabilità e distinguendo i livelli di azione in base alla previsione di capacità residua in funzione del tipo di emergenza, dell'estensione della stessa e della durata presunta. In particolare:

- La tipologia di emergenza condiziona necessità specifiche ed ulteriori in termini di spazi, professionisti e percorsi che dovranno essere distratte alle attività programmate (è il caso dei patogeni trasmissibili ma anche di emergenze di tipo radioattivo), per i quali dovranno determinarsi separazioni nei flussi di utenti, mobilitazione di personale con specifica expertise ecc);
- L'estensione della emergenza condiziona la valutazione sul possibile ricorso a postazioni vicarie (es. su ambito inter-distrettuale, inter-aziendale, inter-provinciale o inter-regionale);
- La durata presunta, quando stimabile, condiziona l'eventuale possibilità di riprogrammare le prestazioni in uno con la sospensione delle stesse.

Si raccomanda, infine, che i Piani regionali prevedano indicazioni strategico-operative per le fasi:

- Di rimodulazione delle attività
- Di recupero delle prestazioni eventualmente perse

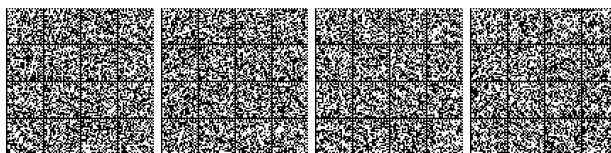
Rimodulazione delle attività

CRITERI GENERICI E SPECIFICI DI PROCRASTINABILITÀ DELLE PRESTAZIONI GARANTITE DAL SSN E PRINCIPI DI SCALABILITÀ DELLE MISURE PREVISTE

Con particolare riguardo alle iniziative di riorganizzazione delle attività ospedaliere di ricovero diurno e ordinario e ambulatoriali che si rendessero necessarie allo scopo di soddisfare il potenziale incremento delle necessità di ricovero e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture di assistenza, i Piani regionali di governo delle liste d'attesa adottano indicazioni generali per la riprogrammazione delle attività da considerare clinicamente differibili in base a valutazione del rapporto rischio-beneficio, differenziando i seguenti criteri generali di procrastinabilità:

ATTIVITÀ AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN

NON PROCRASTINABILE: prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità:



- U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
 - B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
 - tutte le attività programmate di ambito oncologico (incluse le prestazioni di II livello previste dalle campagne di screening oncologico),
- PROCRASTINABILE: prestazioni specialistiche afferenti alle classi di:
- D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici: queste prestazioni dovranno essere valutate singolarmente in base al quesito diagnostico;
 - P (Programmata) da eseguire entro 120 giorni. Tali prestazioni dovranno essere riprogrammate non appena possibile.
- ATTIVITÀ DI RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN
- NON PROCRASTINABILE:
- ricoveri in regime di urgenza (da intendersi in emergenza);
 - ricoveri elettivi oncologici;
 - ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A.
- PROCRASTINABILE:
- ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità B e C.
- Questi casi verranno valutati singolarmente dal Direttore Sanitario e dai Direttori delle Unità Operative di afferenza della lista di attesa in base alle caratteristiche cliniche;
- ricoveri elettivi classe di priorità D.
- Tali prestazioni dovranno essere riprogrammate non appena possibile.

Contestualmente alla sospensione è, pertanto, necessario riprogrammare le attività considerando tutta la rete di offerta ospedaliera, pubblica e privata.

Si raccomanda di includere nelle attività non procrastinabili, sia ambulatoriali che di ricovero, le seguenti attività programmate volte alla tutela della salute materno-infantile.

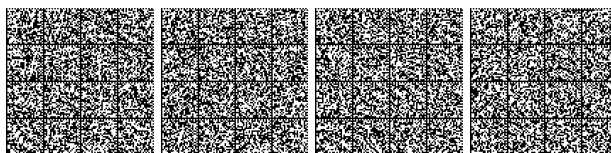
Si raccomanda, altresì, che ciascun ambito regionale e territoriale individui, in base all'analisi epidemiologica e di contesto sociale, economico e demografico nonché rispetto alla disponibilità, capacità e vocazione delle strutture di offerta presenti, liste positive di prestazioni ambulatoriali e di ricovero che, pur non rientrando nei parametri generici, possano prevedere dei criteri di procrastinabilità (o improcrastinabilità), contesto-specifici.

In ordine al concetto di scalabilità delle misure da intraprendere, si suggerisce di far riferimento ad analisi multicriterio, quali quelle suggerite, per i ricoveri chirurgici, dalle Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in epoca Covid, che associano al criterio di priorità anche quello di complessità, come di seguito elencate:

- Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti
- Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo
- Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità

ULTERIORI ELEMENTI DI VALUTAZIONE PER LA RIMODULAZIONE DELLE ATTIVITÀ ELETTIVE IN FASE EMERGENZIALE

L'esperienza della pandemia da COVID-19 ha offerto a considerare taluni impatti delle misure intraprese in fase critica, che andrebbero opportunamente valutate nei Piani regionali di governo delle liste d'attesa e per i quali si raccomandano valutazioni specifiche.



Tra queste, ad esempio, i volumi complessivi delle prestazioni perse, per i quali andrebbe identificata la tipologia in ciascun contesto regionale/provinciale e infra-regionale ai fini di una più razionale pianificazione.

Infine, in ambito regionale, con specifico riferimento alle prestazioni programmabili e al razionale di rimodulazione dell'offerta, si raccomanda di valutare in termini strategici gli impatti sugli esiti derivanti dalla mancata assicurazione delle soglie di rischio di esito, di cui al DM n. 70/2015: ad esempio, per talune prestazioni elettive per le quali sia dimostrata una correlazione tra volumi ed esiti, il Programma Nazionale Esiti 2023 ha evidenziato nel 2022 una riduzione dei centri sopra-soglia, con un presumibile impatto sulla qualità dell'assistenza erogata che si aggiunge agli effetti imputabili al rinvio delle prestazioni.

Recupero delle prestazioni non erogate

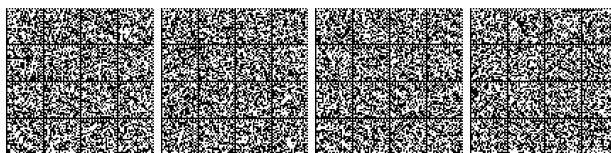
Con particolare riguardo alle attività di recupero delle prestazioni programmate di ricovero e ambulatoriali, si raccomanda che i Piani regionali definiscano le modalità organizzative per colmare il gap generatosi a causa dell'emergenza, per le categorie di prestazioni individuate a maggiore priorità:

- 1) ricoveri chirurgici programmati (ranking per classi di complessità e priorità al ricovero);
- 2) prestazioni ambulatoriali (prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNGLA, esigenze regionali).

Il Piano dovrà armonizzare le due linee di recupero secondo criteri di priorità applicati trasversalmente, in base alle specifiche esigenze emergenti nelle singole realtà regionali.

La pianificazione dell'attività straordinaria di recupero deve in generale realizzarsi attraverso modalità che superino l'ottica prestazionale e privilegino l'effettiva presa in carico del cittadino garantendo la conclusione del percorso diagnostico terapeutico, incluse le fasi di follow up del post-intervento chirurgico.

Inoltre, si raccomanda la rivalutazione della domanda in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni da recuperare con il coinvolgimento dei prescrittori (medicina del territorio, specialisti, MMG /PLS).



SEZIONE ALLEGATI

Allegato A: Strumenti di supporto alla prescrizione

Allegato B: Linee di indirizzo omogenee a livello nazionale sistemi CUP

Allegato C: Approccio metodologico al modello RAO per i ricoveri programmati

Allegato D: Linee di indirizzo requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa sui siti web di regioni, province autonome e aziende sanitarie

Allegato E: Glossario tecnico in materia di liste di attesa

Allegato F: Glossario per il cittadino in materia di liste di attesa

Allegato G: Prestazioni oggetto di monitoraggio

