

PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021

1. INTRODUZIONE

La Regione Umbria, già a partire dall'anno 2006, con l'adozione del suo primo Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa, ha dimostrato impegno e determinazione per mettere in atto tutte le strategie possibili, in coerenza con quanto previsto a livello nazionale, per arginare un problema molto sentito a livello regionale e nazionale.

Negli anni successivi, la Regione e le Aziende Sanitarie hanno messo in atto azioni volte a contrastare il fenomeno dei lunghi tempi di attesa, con l'approvazione di interventi straordinari per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Alcune delle azioni intraprese sono oggi contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019 – 2021 quali ad esempio l'estensione degli orari di lavoro nei giorni feriali, l'apertura degli ambulatori il sabato e la domenica per le prestazioni più critiche, l'attivazione di percorsi di garanzia, l'offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità.

Il presente Piano, in coerenza con il PNGLA per il triennio 2019-2021 e con quanto già realizzato nella nostra Regione, mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

L'attuazione del presente Piano è anche strettamente correlata all'attuazione del Piano Regionale della Cronicità (DGR n. 902/2017), in riferimento all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), dove riveste ruolo centrale la presa in carico globale del paziente cronico. Per tale motivo è necessaria una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che dovranno essere programmate direttamente dalla struttura consentendo così una migliore gestione delle Agende e una reale verifica delle necessità contingenti.

Resta fermo l'obiettivo, già previsto nei Piani regionali precedenti e riaffermato dal PNGLA 2019-2021, di realizzare un percorso per il governo delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con la corretta differenziazione tra le prestazioni di primo accesso e quelle dei controlli successivi, il rispetto delle Classi di priorità, l'applicazione di criteri di appropriatezza, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Nella ridefinizione degli obiettivi e delle strategie da utilizzare deve essere garantita la coerenza con:

- quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata (D.M. 2 novembre 2011);

- gli obiettivi dei contratti e degli Accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive sia per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche rispetto alle Linee guida nazionali - sistema CUP.

Ferme restando le strategie e le azioni già individuate con il Piano Regionale sopracitato (DGR 600/2007) e le successive misure adottate con i piani successivi, è ora necessario ribadire alcuni concetti, puntualizzare alcune azioni e inserire gli elementi di novità necessari al fine di dare piena attuazione al nuovo Piano Nazionale.

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

Fermo restando quanto previsto dal Piano Nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021, si indicano di seguito le ulteriori misure e le attività che devono essere garantite dalle Aziende Sanitarie in riferimento a quanto contenuto nel paragrafo 2:

- **Tempi massimi di attesa per prestazioni ambulatoriali**
punto 1. PNGLA

Primi accessi:

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

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

Accessi successivi:

Per gli **accessi successivi** il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è il **tempo indicato dal medico prescrittore sulla ricetta SSN.**

La garanzia dei tempi massimi di attesa deve essere assicurata nell'**ambito del distretto di assistenza e Presidi ospedalieri/Aziende Ospedaliere più vicini al distretto di assistenza.** Qualora non sia prevista l'erogazione di una determinata prestazione all'interno dell'ambito sopraindicato, la disponibilità andrà assicurata nel **distretto/Presidi ospedalieri/Azienda ospedaliera nei quali è prevista l'erogazione della prestazione più vicini a quello di assistenza.**

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

Il tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali è generalmente definito come il **tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione.**
Il tempo massimo di attesa rappresenta il **tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta (prenotazione) delle prestazioni e l'erogazione delle stesse.**

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

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

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

- **Tempi massimi di attesa per prestazioni di ricovero**
punto 1. PNGLA

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

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.
----------	---

- **Azioni per l'ottimale utilizzo delle strutture e delle apparecchiature**
Punto 2. e punto 3. PNGLA

Le Aziende Sanitarie devono provvedere alla razionalizzazione e all'ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni tenendo conto sia delle effettive necessità assistenziali del territorio sia della domanda rilevata.

Laddove si riscontri un'offerta non adeguata, le Aziende dovranno:

- prevedere l'apertura degli ambulatori specialistici, con lista di attesa più numerosa, nei pomeriggi con orario prolungato fino alle 22 e il fine settimana;
- prevedere turni di massimo utilizzo della strumentazione programmando una apertura di 12h/die con professionisti provenienti anche da altre Aziende Sanitarie (integrazione Ospedali-territorio, equipe multidisciplinari e multiprofessionali). Prevedere in particolare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini al massimo della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete;
- rimodulare i budget con le strutture private accreditate;
- prevedere contratti di assunzione per il personale da coinvolgere nel presente Piano (medici, infermieri, tecnici, ecc) o altre forme di utilizzo di personale;
- valutare la possibilità di prevedere sistemi incentivanti per le figure coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi;
- prevedere l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale;

Per le attività sopra indicate, in particolare per i contratti con le strutture private accreditate e per l'acquisto di prestazioni aggiuntive erogate direttamente dai Dirigenti del servizio Sanitario regionale secondo le norme contrattuali e di legge, la Regione prevederà risorse specifiche.

- **Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale**
Punto 6. PNGLA

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

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

- **Sperimentazioni sulla gestione di particolari prestazioni** come la **Gastroscopia, la Colonscopia, l'ECG da sforzo e l'Elettromiografia,**

prevedendo che il MMG prescriva la relativa visita specialistica per presa in carico con priorità B (10 giorni) o D (30 giorni), anziché gli specifici esami diagnostici; in questi casi il servizio di competenza assicura la presa in carico del paziente provvedendo alla prescrizione e alla contestuale prenotazione (già sperimentato nel distretto Alto Chiascio della USL Umbria 1);

- Elaborazione periodica e trasmissione ai MMG e PLS di report per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (es. Prestazioni prescritte/assistiti, numero assistiti che non aderiscono al programma di screening, concordanza RAO, ecc...).

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

- che effettuano una **prestazione prevista dagli screening fuori dal programma** ad essi riservato, e non risultano aver aderito al programma;
- che effettuano una **prestazione prevista dagli screening aggiungendo un esame intermedio** rispetto a quanto previsto dal programma stesso a cui hanno aderito.

Tali informazioni dovranno essere trasmesse ai MMG al fine di informare i propri pazienti relativamente al corretto percorso da seguire.

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

- **Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di ricovero**

Punto 6. PNGLA

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

- **Adeguamento del Sistema CUP regionale e Potenziamento servizi per la gestione delle disdette/modifiche delle prenotazioni**

Punto 7. PNGLA, Punto 8. e punto 12. PNGLA

Il sistema CUP regionale deve garantire la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Tale sistema deve inoltre essere adeguato dal punto di vista informatico ed organizzativo in modo da garantire tutte le azioni previste dal presente Piano, come indicato nell'Allegato B – Attività di adeguamento del Sistema CUP. I punti CUP potranno essere istituiti anche nelle AFT in modo da permettere ai MMG di prenotare direttamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale contestualmente alla prescrizione.

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

- **Pagamento ticket per prestazioni non disdette e pagamento prestazioni per mancato ritiro referto**
Punto 12. del PNGLA

Come previsto dall'art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998: "L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione".

Inoltre si richiama la previsione dell'art. 1, comma 796 legge n. 296 del 27/12/2006 (Legge Finanziaria 2007) secondo cui il cittadino è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero delle prestazioni di cui non ritira il referto entro 30 giorni dall'erogazione della prestazione. L'Azienda USL competente ad esercitare il recupero in caso di mancato ritiro del referto da parte dell'utente è quella di residenza del soggetto.

- **Gestione trasparente delle Agende di prenotazione**
Punto 9. PNGLA

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

Le Aziende Sanitarie devono generare agende distinte per i primi accessi e per gli accessi successivi. Quelle per i primi accessi devono essere suddivise per le classi di priorità previste per ciascuna prestazione. Per le attività legate agli accessi successivi, si istituiranno **apposite Agende dedicate** alle prestazioni programmate dallo specialista che già ha preso in carico il paziente e Agende dedicate per i PDTA previsti dal Piano regionale della cronicità. Le Agende devono essere operative:

- **entro il 30 maggio 2019 per tutti i primi accessi delle prestazioni oggetto di monitoraggio del PNGLA 2019-2021;**
- **entro il 30 luglio 2019 per tutti i primi accessi delle restanti prestazioni, sia quelle soggette a prescrizione con l'indicazione della classe di priorità con l'utilizzo dei RAO sia per quelle non soggette a metodica RAO per le quali è comunque prevista l'indicazione della classe di priorità** (tempo massimo di attesa da garantire 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali);
- **entro il 30 settembre 2019 per gli accessi successivi di tutte le prestazioni.**

Le Agende per i PDTA dovranno essere create a seguito dell'approvazione dei singoli PDTA regionali per garantirne l'applicabilità.

La gestione delle Agende da parte del sistema CUP deve essere improntata a **criteri di flessibilità**, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità. Inoltre è opportuno prevedere in tutte le Agende il **riutilizzo dei posti** nel caso si presentino annullamenti di prenotazioni garantendo una riassegnazione delle disponibilità alle priorità con più alta domanda per quella tipologia di agenda/prestazione (disponibilità in overbooking).

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

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

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

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.

- fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

Oltre ai RAO già presenti a livello regionale, vengono adottati i RAO nazionali di cui all'Allegato C del PNGLA 2019-2021 e definiti nuovi RAO regionali per le prestazioni sottoposte a monitoraggio. Per la scelta dei contenuti clinici delle classi di priorità si dovrà fare riferimento al documento Tabelle RAO - Regione Umbria - Allegato A al presente atto e successivi aggiornamenti.

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

- **Governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali**
Punto 11. PNGLA

L'andamento della produzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella Regione Umbria dal 2015 al 2018, evidenzia un decremento dal 2015 al 2016 pari al 5,5%, mentre subisce un incremento pari a circa il 4% dal 2016 al 2017 e pari a circa il 2% dal 2017 al 2018.

Inoltre mentre dal 2016 al 2017 l'incremento è limitato al laboratorio e alla diagnostica esclusa la radiologia, dal 2017 al 2018 l'aumento riguarda tutte le categorie.

Le Aziende USL, attraverso l'analisi specifica dei propri flussi informativi delle prestazioni, dovranno valutare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio (mobilità passiva interaziendale ed interregionale). Per una migliore valutazione potranno inoltre stimare, attraverso indagini ad hoc o utilizzando dati di letteratura, la componente della domanda che, a causa di un'offerta insufficiente, risulta non soddisfatta dal SSR.

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

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

- di **prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi**;

- della **classe di priorità** se trattasi di prime visite/prime prestazioni diagnostiche;
- del **tempo in cui deve essere effettuato il controllo** (numero di mesi) se trattasi di accessi successivi;
- del **quesito diagnostico**;
- del **suggerito**.

Si evidenzia che, ai fini del Monitoraggio ex post previsto dal PNGLA 2019-2021, **a partire dal 01/06/2019** diverranno obbligatori:

- la valorizzazione del campo "Tipo accesso" da parte del medico prescrittore per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA;
- la valorizzazione dei campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" da parte dell'erogatore per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA.

Per tutte le altre prestazioni per le quali è previsto l'utilizzo dei RAO tali informazioni e l'indicazione della classe di priorità diverranno obbligatorie a partire **dal 01/08/2019**.

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

- Realizzazione dell'effettiva **separazione dei percorsi relativi ai primi accessi e agli accessi successivi**, sia nella fase di **prenotazione** che in quella di **erogazione** della prestazione; le Agende CUP dovranno pertanto essere adeguate a tali indicazioni come già indicato nello specifico punto "Gestione trasparente delle Agende di prenotazione"
- Le Aziende Sanitarie devono organizzare i Servizi specialistici ambulatoriali sia delle strutture ospedaliere che quelli territoriali in modo tale che le **prestazioni successive al primo accesso**:
 - **siano prescritte direttamente dal medico specialista su ricetta SSN, indicando in un apposito spazio destinato ad uso regionale il tempo in cui deve essere effettuato il controllo (numero di mesi)**, senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione;
 - **siano prenotate direttamente dai Servizi specialistici al momento della prescrizione.**

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

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

- **"Presa in carico" del paziente cronico**
Punto 13. PNGLA

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere le principali cause di morte nel nostro Paese, pertanto devono essere le aree prioritarie per lo sviluppo dei **Percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali (PDTA)**. Si rimanda al Piano regionale della cronicità, che definisce le linee strategiche regionali per tutte le patologie

croniche, per l'individuazione di ulteriori aree di interesse per lo sviluppo dei PDTA, ad esempio:

Diabete (con particolare attenzione alla esecuzione del Fundus Oculi)

BPCO (con particolare attenzione alla esecuzione della Spirometria).

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

- **"Percorsi di tutela"**

Punto 14., punto 15. e punto 16. PNGLA

Dovranno essere definiti percorsi di garanzia di accesso alle prestazioni prevedendo la **gestione dell'utente da parte del distretto di assistenza** qualora non vi sia disponibilità della prestazione nei tempi previsti, **sia per i primi accessi**, secondo la priorità indicata, **sia per gli accessi successivi**, secondo il tempo indicato dal medico prescrittore sulla ricetta SSN. La gestione dovrà essere interaziendale USL/Aziende Ospedaliere anche al fine di assicurare trasparenza ed equità di accesso.

A tale scopo **ciascuna Azienda USL individua un Manager referente sanitario per ciascun distretto che, in collaborazione con il Manager referente sanitario che dovrà essere individuato da ciascuna Azienda Ospedaliera e con il Back Office CUP**, avrà il compito di individuare la modalità più opportuna per assicurare attraverso l'attività istituzionale la risposta più adeguata alla richiesta. Le Aziende Sanitarie devono dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva gestione dell'utente, 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).

Qualora non sia possibile rispondere con l'attività istituzionale e venga superato il tempo massimo di attesa, vanno previsti **"percorsi di tutela"** che possono prevedere anche l'attivazione di una specifica procedura, definita a livello aziendale, che permetta al paziente residente di effettuare la prestazione presso un **erogatore privato accreditato convenzionato** nel rispetto dei tempi previsti dal presente piano. L'Azienda potrà anche prevedere l'acquisto di prestazioni aggiuntive dai propri professionisti.

Deve essere previsto l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive **in regime libero professionale**, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda di assistenza, riservando al cittadino solo la partecipazione al costo.

Le attività dei Manager sopra descritti dovranno essere coordinate dal Direttore Sanitario di ciascuna Azienda al fine di uniformare le modalità di risoluzione delle problematiche legate alla gestione dei tempi di attesa.

3. MONITORAGGIO, CONTROLLO, VALUTAZIONE

3.1 Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa oggetto di monitoraggio

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

Per i monitoraggi e i relativi flussi informativi delle prestazioni ambulatoriali, delle prestazioni in regime di ricovero, dei PDTA, delle prestazioni erogate in attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente e della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa si rimanda al paragrafo 6 del PNGLA 2019-2021 e all'Allegato B "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" del PNGLA 2019-2021 in cui vengono descritti:

- 1) monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 2) monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 3) Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- 5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- 6) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (a carico dell'utente), effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- 7) Monitoraggio della presenza sui siti Web della Regione e delle Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- 8) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

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

Oltre a quanto sopra indicato, si prevede quanto segue:

- Per quanto riguarda le prestazioni di controllo di specialistica ambulatoriale verranno monitorati: l'effettuazione della prescrizione da parte del medico specialista, l'indicazione nella prescrizione di "accesso successivo", l'effettuazione della prenotazione direttamente da parte dei servizi specialistici, i tempi di erogazione in base a quanto indicato dal medico prescrittore, la sospensione/chiusura delle agende.

- Per quanto riguarda le **prestazioni di ricovero**, al fine di assicurare un corretto monitoraggio e a garanzia di equità e trasparenza verso il cittadino, verrà istituito un apposito gruppo di lavoro regionale, con la partecipazione delle Direzioni aziendali, per elaborare un documento contenente le indicazioni per la gestione di tali liste di attesa e per la definizione di un apposito flusso informativo verso la Regione. I lavori dovranno terminare entro 30 settembre 2019.

3.2 Cruscotto regionale

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

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

- i monitoraggi previsti dal presente PRGLA e dal PNGLA 2019-2021 (deve essere automatizzata la produzione dei report previsti per gli Adempimenti LEA: monitoraggio ex ante, sospensioni, ecc.)
- il monitoraggio delle prestazioni offerte e delle prestazioni erogate
- il monitoraggio delle agende chiuse, sospese e non generate
- Il monitoraggio dei tempi di attesa, dei tempi medi di erogazione delle prestazioni, il ritardo con cui l'assistito si presenta per la prenotazione, ecc.
- il monitoraggio della appropriatezza delle prestazioni prescritte, di quelle suggerite, ecc. che preveda l'elaborazione periodica di report da trasmettere ai MMG e PLS e agli Specialisti: a tale scopo dovranno essere definiti specifici indicatori attraverso i quali possano essere stabiliti degli obiettivi per entrambe le tipologie di medico prescrittore (esempi: per i MMG misurare quante prestazioni sia in termini numerici che economici prescrive ogni singolo medico in rapporto alla popolazione pesata, numero assistiti che non aderiscono al programma di screening e numero di prestazioni per soggetti in fascia di screening, quante prestazioni specifiche come RMN, gastro, colon, quanti esami ripetuti; per gli Specialisti quante prestazioni suggerite e non prescritte direttamente)
- la concordanza dei RAO.

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

4. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Si rimanda a quanto previsto dal paragrafo 5 del PNGLA 2019-2021.

Inoltre, si ribadisce che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

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

5. I PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del presente piano le Aziende Sanitarie della Regione adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati. Al fine di rendere più efficaci le azioni che verranno programmate, è auspicabile che i Programmi attuativi aziendali siano interaziendali, elaborati cioè congiuntamente tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento.

Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale dell'Azienda sanitaria e costantemente aggiornato.

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

- garantisce il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo". Pertanto saranno definiti l'elenco delle prestazioni ambulatoriali erogabili e i relativi volumi, specifici per branca, sia per il pubblico che per il privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli. Tale offerta dovrà tenere conto anche della mobilità passiva interregionale;
- negli Accordi collettivi regionali:
 - prevede l'obbligo di attenersi a quanto previsto dal presente Piano per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, nonché l'utilizzo delle Classi di priorità, del Quesito diagnostico e l'identificazione di primo accesso o accesso successivo;
 - promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali (es. incentivi concordanza RAO) e di ricovero, anche nell'ambito delle attività delle AFT;
- prevede nei contratti con gli erogatori accreditati l'impegno da parte degli stessi "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (*ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione*);
- promuove l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sforamento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS); promuove inoltre la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;

- favorisce l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie e i MMG e PLS;
- assicura l'attività di formazione degli operatori del Sistema CUP;
- assicura la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale (primi accessi e accessi successivi) previsto dalla Legge n. 266/2005, dall'articolo 1, comma 282 (Finanziaria 2006) e fornisca alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione;
- prevede l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione;
- prevede il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.

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

6. FUNZIONI DI COORDINAMENTO, INTERVENTO, MONITORAGGIO

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dovrà costituire un **tavolo di lavoro aziendale** per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste dal Piano attuativo aziendale e dal PRGLA, a cui parteciperanno i Direttori Sanitari, i Direttori di Distretto/Direttori di Presidio, il Manager referente sanitario di ciascun Distretto, nonché altre professionalità e responsabili aziendali secondo l'organizzazione adottata e le tematiche affrontate.

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

Viene inoltre istituito un **Osservatorio regionale** che sarà costituito dai Dirigenti e dai Responsabili di Sezione dei Servizi della Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane, dai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie, che si avvarranno delle professionalità tecniche che riterranno opportune, da tre rappresentanti delle OO.SS. dei Medici di cure primarie (due per i Medici di Medicina Generale e uno per i Pediatri di Libera Scelta), da due rappresentanti dell'Intersindacale Medica Umbra.

L'Osservatorio avrà il compito di valutare la conformità dei Piani attuativi aziendali a quanto disposto dal Piano regionale e di monitorare le attività svolte dalle singole Aziende in attuazione del piano regionale e aziendale. Qualora vengano rilevate criticità nell'ambito della programmazione, dell'organizzazione e dell'attuazione di quanto stabilito dal PRGLA, l'Osservatorio le segnalerà all'Assessore regionale il quale le riporterà al Difensore Civico e

all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Regione Umbria, per il seguito di competenza.

Le valutazioni dell'Osservatorio verranno rappresentate dall'Assessore regionale alle OO.SS. con cadenza semestrale.

