DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0001648	**28/08/2026**

OGGETTO: Presa d'atto della DGR n. 1167 del 18/08/2026 – Adempimenti e responsabilità di tutto il personale ASL Bari per l'attuazione delle azioni e misure volte all'abbattimento delle liste d'attesa.

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20260001944 DEL 28/08/2026
COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 7 (sette) PAGINE
DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 153 (centocinquantatre) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE
DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
Firmato Digitalmente il 28/08/2026 14:15 Rachele POPOLIZIO	*Firmato Digitalmente il 28/08/2026 14:19* Rosella SQUICCIARINI

Il Segretario	Il Direttore Generale
Firmato Digitalmente il 28/08/2026 14:36 Filomena BAVARO	*Firmato Digitalmente il 28/08/2026 14:27* Luigi FRUSCIO

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **28/08/2026**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 28/08/2026 14:37
Domenico ROVETO

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	Presa d'atto della DGR n. 1167 del 18/08/2026 – Adempimenti e responsabilità di tutto il personale ASL Bari per l'attuazione delle azioni e misure volte all'abbattimento delle liste d'attesa.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la deliberazione del Direttore Generale n. 329 del 17/02/2025, con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria congiunta dell'Area Gestione Risorse Umane, del Controllo di Gestione e del RPCT, considera e determina quanto segue:

Premesso che:

- con nota prot. 488603 del 19/08/2026, la Regione Puglia ha trasmesso la DGR n. 1167 del 18/08/2026 (allegata al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale) con cui la Regione Puglia ha recepito l'intesa raggiunta dalla Conferenza Stato-Regioni sul decreto del Ministero della Salute "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028" e, al contempo, ha adottato un documento tecnico, di cui all'allegato "C" del citato provvedimento deliberativo, in cui sono stati definiti gli elementi innovativi del PNLGA 2026-2028 che – a titolo non esaustivo – si sintetizzano di seguito:
  - la prescrittività viene orientata attraverso le buone pratiche e le linee guida nazionali (Legge n. 24/2017) elaborate dall'ISS e gli schemi di PDTA di AGENAS, sancendo l'obbligatorietà dell'indicazione del quesito diagnostico e della distinzione tra "Primo Accesso" (tipo accesso "1", soggetto a garanzia temporale e monitoraggio) e "Accesso Successivo" (tipo accesso "0", gestito direttamente dallo specialista tramite percorsi interni di presa in carico senza reinvio del paziente al medico di medicina generale);
  - si confermano i tempi massimi di attesa per le prestazioni di primo accesso della specialistica ambulatoriale, articolati nelle classi U (72 ore), B (10 giorni), D (30 giorni per visite, 60 giorni per diagnostica) e P (120 giorni). L'appropriatezza clinica della priorità viene presidiata mediante l'applicazione sistematica dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO), coordinati da un Tavolo Permanente istituito presso AGENAS per l'aggiornamento costante dei criteri di accesso;
  - le Regioni definiscono gli Ambiti Territoriali di Garanzia (ATG) basati su criteri di prossimità e raggiungibilità;
  - vengono definiti i tempi massimi di attesa chirurgica suddivisi nelle classi A (30 giorni), B (60 giorni), C (180 giorni) e D (entro 12 mesi)
  - obbligo di pubblicazione dei dati di monitoraggio ex-ante e dei piani attuativi sui siti web istituzionali;
- il PNGLA 2026-2028 introduce linee di attività innovative finalizzate:
  - al governo della domanda, con particolare riferimento all'analisi dei fabbisogni e all'utilizzo di linee guida e buone pratiche per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva;
  - nuove modalità erogative di assistenza ed erogazione delle prestazioni;
  - nuove modalità di gestione delle liste d'attesa, anche per i ricoveri programmati;
  - nuovi modelli di verifica dei tempi e delle liste d'attesa;

Visto che:

- in attuazione degli interventi e misure previsti dal PNGLA 2026-2028, le Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono chiamate ad adottare entro il 14 settembre 2026 il Piano Aziendale di recupero delle

Liste d'Attesa relativo al periodo 1° luglio 2026-31 dicembre 2026, secondo la metodologia già utilizzata per il Piano sperimentale del primo semestre 2026;
- i Piani Aziendali Sperimentali dovranno contenere:

- l'individuazione delle modalità di organizzazione e stabilizzazione delle funzioni di recall, sia con riferimento al recupero delle prenotazioni fuori soglia dei tempi di garanzia, sia con riferimento alle misure per la prevenzione del fenomeno del no-show e per il riutilizzo degli slot liberati per le nuove prenotazioni, in ordine di priorità e di data di appuntamento;
- il target di prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero di recupero delle prenotazioni fuori soglia dei tempi di garanzia, con priorità assegnata alle prenotazioni in lista di attesa con codice Urgente e Breve e, per i ricoveri, in classe A;
- la pianificazione delle attività relative al miglioramento dei tempi di attesa delle nuove prescrizioni, con priorità assegnata alle prestazioni più critiche per volumi e mancato rispetto della garanzia, e con riferimento alle dimensioni misurate dagli indicatori del sistema di valutazione liste di attesa, di cui al successivo paragrafo dedicato;
- la descrizione delle iniziative per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, ex ante ed ex post, da attivare a livello di singolo distretto socio-sanitario, con relativo sistema di monitoraggio.

Preso atto che, in fase attuativa dei piani di recupero delle liste d'attesa, le Aziende devono assicurare la tracciabilità delle attività svolte garantendo:

- l'identificazione delle prestazioni riconducibili al Piano;
- il monitoraggio delle prestazioni aggiuntive autorizzate per disciplina;
- la rilevazione delle modalità di erogazione delle prestazioni previste dalla normativa vigente.

Considerato:
- di dover dare precisa esecuzione al contenuto e agli adempimenti prescritti dal citato provvedimento deliberativo regionale anche ai fini della predisposizione del Piano Aziendale di recupero delle liste d'Attesa relativo al periodo 1 luglio 2026-31 dicembre 2026, fermo restando che, nelle more della predisposizione e approvazione del suddetto piano aziendale per l'abbattimento delle liste di attesa, tutto il personale aziendale è chiamato ad adottare ogni utile misura volta all'attuazione delle disposizioni contenute nella DGR;
- che l'adempimento delle prescrizioni regionali succitate richiede una partecipazione attiva di tutti i Dirigenti dell'ASL Bari, dei Direttori di Dipartimento e di Struttura nelle sue varie articolazioni (UOC, UOS, UOSVD, UOSAVS), e in ogni caso di tutto il personale dell'ASL Bari, nella definizione ed attuazione dei piani e programmi per il recupero delle liste d'attesa, anche mediante azioni di ridefinizione dell'assetto organizzativo delle strutture di pertinenza e di gestione del personale assegnato; a tal proposito si rinvia ai paragrafi 3 e 4 dell'allegato "C" alla delibera regionale in cui vengono proposti modelli organizzativi e percorsi assistenziali specifici per il miglioramento della capacità erogativa dei servizi assistenziali;
- che il recupero delle liste d'attesa rappresenta un obiettivo strategico aziendale e che il corretto adempimento delle statuizioni della DGR integra d'ufficio gli obiettivi di incarico dei direttori di Dipartimento nonché delle strutture di UOC, UOS, UOSVD e UOSAVS e di tutti i dirigenti di relativa afferenza;
- che il monitoraggio costante delle prestazioni rese da ciascuna U.O. e la verifica periodica dell'avvenuto incremento delle prestazioni erogate sarà, pertanto, parametro di valutazione dell'incarico rivestito da ciascun direttore di struttura e dirigente (Direttore di Dipartimento, Direttore di UOC, UOS, UOSVD, UOSAVS, dirigente con incarico professionale) e che, pertanto, la Direzione Strategica, in caso di inosservanza delle disposizioni della DGR o di inerzie riscontrate rispetto all'attuazione della stessa si riserva l'adozione di ogni utile provvedimento nel rispetto delle vigenti disposizioni normative e contrattuali;

Dato atto che,

- ai sensi dell'art. 15, comma 6, D.Lgs. 502/1992, "*Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione*";
- ai sensi dell'art. 17 bis, comma 2, D.Lgs 502/1992, "(…) *La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione della risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. (…). La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento";*
- alla luce delle norme richiamate, è possibile argomentare come la funzionalità di un'azienda sanitaria sia strettamente ancorata ad un sistema di verifica e valutazione dei dirigenti in relazione alla concreta realizzazione degli obiettivi previsti all'atto dell'incarico e/o assegnati dalla direzione aziendale e che da essa possono dipendere eventuali declassamenti, revoche o mancate conferme degli incarichi stessi;

Richiamati:

- l'art. 15 ter, comma 3, D.Lgs. 502/1992 il quale dispone che "*Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro*";
- l'art. 23, comma 5, CCNL 2019-2021 Area Sanità, in materia di affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali diversi dalla direzione di struttura complessa: "*Può essere disposta la revoca anticipata dell'incarico per i motivi di cui all'art. 15 ter, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. o per effetto della valutazione negativa ai sensi dell'art. 61 del CCNL 19.12.2019 (Effetti della valutazione negativa dei risultati da parte dell'Organismo indipendente di valutazione) o per il venir meno dei requisiti. La revoca avviene con atto scritto e motivato";*
- l'art. 24, comma 3, CCNL 2019-2021 Area Sanità in materia di affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa*: "La durata dell'incarico può essere più breve solo nei casi in cui venga disposta la revoca anticipata per i motivi di cui all'art. 15 ter, comma 3, del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. o per effetto della valutazione negativa ai sensi dell'art. 61 del CCNL 19.12.2019"*

Ritenuto, pertanto, di dover impegnare i dirigenti e i direttori di dipartimento e di struttura (UOC, UOS, UOSAVD e UOSAVS) e, comunque, tutto il personale dell'ASL Bari nell'attuazione delle misure contenute nella DGR n. 1167 del 18/08/2026, i quali, nell'esercizio delle competenze gestionali e manageriali proprie dell'incarico ricoperto, in linea e in accordo con le indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, dovranno procedere a individuare modelli e processi organizzativi finalizzati all'incremento delle prestazioni sanitarie, fermi restando in capo alla Direzione Aziendale i poteri di controllo, monitoraggio e verifica del raggiungimento dei risultati assegnati;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

D E L I B E R A

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

Di prendere atto della DGR n. 1167 del 18/08/2026 recante: "Recepimento Intesa Conferenza Stato-Regioni (Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026) sul decreto del Ministro della Salute "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028. Disposizioni in materia di appropriata gestione delle liste d'attesa, 1° luglio 2026 / 31 dicembre 2026", allegata al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;

Di disporre l'immediata esecuzione della stessa, ai fini del monitoraggio e dell'abbattimento dei tempi d'attesa nonché del monitoraggio delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie;

Di dare mandato a tutti i dirigenti nonché ai direttori di dipartimento, ai dirigenti di struttura (UOC, UOS, UOSVD, UOSAVS) e a tutto il personale ASL Ba di dare esecuzione alla DGR n. 1167 del 18/08/2026, nell'esercizio delle competenze gestionali e manageriali e a quelle proprie dell'incarico ricoperto, in linea e in accordo con le indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, procedendo a individuare modelli e processi organizzativi finalizzati all'incremento delle prestazioni sanitarie, fermi restando in capo alla Direzione Aziendale i poteri di controllo, monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi e prescrizioni assegnati;

Di stabilire che il recupero delle liste d'attesa rappresenta un obiettivo strategico aziendale e che il monitoraggio costante delle prestazioni rese da ciascuna U.O. e la verifica periodica dell'avvenuto incremento delle prestazioni erogate sarà parametro di valutazione dell'incarico rivestito da ciascun direttore e dirigente di struttura (Direttore di Dipartimento, di UOC, UOS, UOSVD e UOSAVS) e, più in generale, da tutti i dirigenti e da tutto il personale ASL Ba, ai sensi degli artt. 15ter, d.lgs. 502/1992, 23, comma 5 e 24, comma 3, CCNL 2019-2021 Area Sanità;

Di disporre, per l'effetto, l'integrazione d'ufficio degli obiettivi di incarico assegnati ai direttori di Dipartimento nonché delle strutture di UOC, UOS, UOSVD e UOSAVS di relativa afferenza con l'obiettivo di adempimento ed esecuzione del contenuto e delle prescrizioni della DGR 1167/2026, fermo restando il rispetto degli obblighi di diligenza nell'esecuzione della prestazione lavorativa a cui è chiamato ad assolvere tutto il personale aziendale;

Di stabilire, inoltre, che tutti i Direttori di Dipartimento e di struttura, nonché di tutto il personale della ASL Bari, sono chiamati a collaborare nella definizione ed attuazione dei piani e programmi per il recupero delle liste d'attesa, anche mediante azioni di ridefinizione dell'assetto organizzativo delle strutture di pertinenza e di gestione del personale assegnato (cfr. paragrafi 3 e 4 dell'allegato "C" alla delibera regionale n. 1167/2026);

Di disporre, infine, che ogni direttore di struttura condivida gli obiettivi e disposizioni della DGR con tutto il personale assegnato, ai fini della definizione dei processi organizzativi e delle azioni volte all'abbattimento delle liste di attesa, di cui sia data specifica evidenza alla Direzione Strategica delle relative risultanze con apposito verbale da cui si evinca, tra l'altro, l'effettivo coinvolgimento di tutto il personale di afferenza;

Di notificare il presente provvedimento:

- Alla Direzione Sanitaria;
- Alla Direzione Amministrativa;
- Al Collegio di Direzione;
- Al Collegio Sindacale;
- Al Controllo di Gestione;
- All'OIV
- al RULA
- al CUP Manager;
- a tutti i Direttori di Dipartimento;
- a tutti i Direttori di DSS;
- alle Direzioni Mediche di P.O.
- alle Direzioni Amministrative di P.O.
- alla UOS Relazioni Sindacali per la notifica alle OO.SS. rappresentative;
- alla U.O. Convenzioni per la notifica ai MMG, ai PLS e della specialistica ambulatoriale interna;
- al RPCT;
- al RAE – IFO della Direzione Sanitaria
- al delegato ALPI

REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO SALUTE E BENESSERE

SEZIONE PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO ASSISTENZA SANITARIA E MEDICINA CONVENZIONATA

Ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale

Alla Direttrice Generale di A.Re.S.S. Puglia

Ai Dirigenti delle Sezioni del Dipartimento Salute e Benessere

e, p.c.

All'Assessore alla Salute e Benessere

REGIONE PUGLIA
COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DIGITALE
Protocollo N.0488603/2026 del 19/08/2026
AOO_RP - Class: 15.15
Firmatario: Antonella Caroli, Vito Montanaro

Oggetto: notifica della DGR n. 1167 del 18/08/2026

Per opportuna conoscenza e per gli adempimenti conseguenti, si notifica copia della deliberazione di Giunta regionale n. 1167 del 18/08/2026 recante: "Recepimento Intesa Conferenza Stato-Regioni (Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026) sul decreto del Ministro della Salute "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028. Disposizioni in materia di appropriata gestione delle liste d'attesa, 1° luglio 2026 / 31 dicembre 2026*".*

In particolare, si richiama quanto previsto, tra l'altro, dal predetto provvedimento, secondo cui: *"Le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti ad adottare, entro il 14 settembre 2026, il Piano Aziendale di recupero delle liste d'attesa relativo al periodo 1° luglio 2026 – 31 dicembre 2026, secondo la metodologia già utilizzata per il Piano sperimentale del primo semestre 2026".*

La Dirigente della Sezione
Antonella Caroli

Il Direttore di Dipartimento
Vito Montanaro

Regione Puglia
Via Gentile, 52 – I° Piano Blocco E2 - 70126 Bari
sezione.asm.regione@pec.rupar.puglia.it

Nicola Paladino

Leo
Sebastiano Giuseppe
18.08.2026
15:34:40
UTC

R E G I O N E P U G L I A

Deliberazione della Giunta Regionale

N. 1167 del 18/08/2026 del Registro delle Deliberazioni

Codice CIFRA: A05/DEL/2026/00002

OGGETTO: Recepimento Intesa Conferenza Stato-Regioni (Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026) sul decreto del Ministro della Salute "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028". Disposizioni in materia di appropriata gestione delle liste d'attesa, 1° luglio 2026 / 31 dicembre 2026.

L'anno 2026 addì 18 del mese di Agosto, si è tenuta la Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:

Sono presenti:		Sono assenti:	
Assessore	Debora Ciliento	Presidente	Antonio Decaro
Assessore	Eugenio Di Sciascio	V.Presidente	Cristian Casili
Assessore	Sebastiano G. Leo		
Assessore	Marina Leuzzi		
Assessore	Silvia Miglietta		
Assessore	Francesco Paolicelli		
Assessore	Donato Pentassuglia		
Assessore	Raffaele Piemontese		

Assiste alla seduta: il Segretario Generale Dott. Nicola Paladino

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Salute e Benessere, della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata e della Sezione Programmazione Investimenti Sistemi Informativi e Telemedicina, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Salute e Benessere.

PRESO ATTO

a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, "ai sensi dell'art. 5, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 7 ottobre 2025, n. 1397";

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;

2. di recepire l'Accordo Stato Regioni (Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026), recante "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute concernente l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2026-2028 e sugli allegati A, C, D, E, F, G, del medesimo Piano e intesa, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, sull'allegato B del

medesimo Piano. ID Monitor 5937, di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. *rimandare a successivo provvedimento di Giunta Regionale l'approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, in conformità alle previsioni di cui al PNGLA, da definirsi con il supporto di A.Re.S.S.;*

4. di approvare le disposizioni regionali in materia di appropriata gestione delle liste d'attesa, 1° luglio 2026 / 31 dicembre 2026, di cui all'Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

5. di stabilire che il finanziamento assegnato con il presente provvedimento per le prestazioni aggiuntive, riportato nell'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, rappresenta uno stanziamento omnicomprensivo, da utilizzare fino al 31/12/2026 per:

a) carenza di organico;
b) recupero liste d'attesa;
c) raccolte esterne festive di sangue;
d) telecardiologia;
e) altre finalità.

Trattasi, dunque, del limite massimo di spesa consentito a ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale, da sostenersi fino al 31/12/2026. Le aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale devono identificare e con specifici e separati codici le prestazioni aggiuntive per ciascuna finalità, di cui alle predette lettere a), b), c), d) ed e);

6. di disporre il consolidamento strutturale delle misure sperimentali introdotte con le D.G.R. n. 1/2026 e n. 29/2026, stabilendo che le attività di recall attivo dei pazienti, l'ottimizzazione delle agende tramite l'esclusione del *drop-out*, le aperture straordinarie festive e prefestive degli ambulatori e il prolungamento delle attività fino alle ore 23:00 siano inserite stabilmente nella programmazione ordinaria delle agende di erogazione delle strutture pubbliche e private accreditate, in base ai rispettivi fabbisogni;

7. di stabilire che è fatto divieto assoluto a tutte le strutture pubbliche e private accreditate di sospendere o chiudere le attività di prenotazione (blocco delle agende), prevedendo, in caso di violazione l'avvio immediato di procedimenti disciplinari e di responsabilità erariale a carico delle direzioni responsabili;

8. di autorizzare il Direttore del Dipartimento Salute e Benessere della Regione Puglia a adottare i provvedimenti conseguenti;

8. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., all' AGE.NA.S, alle Aziende ed Enti S.S.R., nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);

9. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del d.lgs. 33/2013, nella sottosezione "Provvedimenti" - "Provvedimenti organi indirizzo politico" - "Provvedimenti della Giunta Regionale";

10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta	Il Presidente della Giunta

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

OGGETTO: Recepimento Intesa Conferenza Stato-Regioni (Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026) sul decreto del Ministro della Salute "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028". Disposizioni in materia di appropriata gestione delle liste d'attesa, 1° luglio 2026 / 31 dicembre 2026.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale";
- Legge 3 agosto 2007, n. 120, recante "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il Decreto ministeriale n. 279/2001 - Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e s.m.i.;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015) e come da indicazioni contenute all'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille abitanti., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;

- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)", di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs. n. 502/1992, e in particolare l'Allegato 4 concernente le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva;
- la L.R. Puglia n. 29/2017 recante “Istituzione dell’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)”;
- la D.G.R. del 24 aprile 2018, n. 658 recante “Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA”;
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”;
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017”, dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Ministero della Salute;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1215 del 31/07/2020, recante: “Approvazione definitiva del Regolamento regionale recante: Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
- il Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14 recante: “Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante “Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 avente ad oggetto “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1295 del 26/09/2024 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1877 DEL 23/12/2024 recante “Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 (G.U. n. 132 del 7 giugno 2024), coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107. Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03/10/2024 avente ad oggetto “Approvazione definitiva Regolamento Regionale “Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione

del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020"". Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024";

- Il Regolamento Regionale 31 ottobre 2024, n. 8 recante "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1657 del 29/10/2025 "Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 "Modello Organizzativo Maia 2.0"e ss.mm.ii.. Affidamento incarichi di direzione delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Giunta regionale oggetto di rimodulazione";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1 del 09/01/2026 avente ad oggetto "Aggiornamento Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), ai sensi del decreto- legge 7 giugno 2024, n. 73 (G.U. n. 132 del 7 giugno 2024), coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107. Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 29 del 30/01/2026 recante "Approvazione Piani Aziendali Sperimentali delle Aziende ed Enti del SSR, in attuazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1 del 9/01/2026";

Premesso che:

- con deliberazione di Giunta regionale n. 1 del 09/01/2026 è stato disposto l'avvio dell'aggiornamento anticipato del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) ai sensi della Legge n. 107/2024. Al fine di aggredire immediatamente i tempi di attesa accumulati, questo provvedimento ha stabilito l'attivazione in via prioritaria di Piani Aziendali Sperimentali per il recupero delle prestazioni ambulatoriali prenotate oltre i valori soglia, concentrando l'attenzione in particolare sulle classi di priorità U (Urgenti) e B (Brevi). A tal fine, è stata autorizzata l'estensione delle fasce orarie degli ambulatori sulle 12 ore giornaliere, prevedendo prolungamenti delle attività fino alle ore 23:00 e l'apertura straordinaria nei giorni di sabato e domenica, per una durata di 5 mesi. Infine, la deliberazione ha fermamente ribadito il divieto assoluto di sospensione delle attività di prenotazione e ha imposto un rigido controllo sui volumi dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI), vietando che questa superi i volumi dell'attività istituzionale.
- con successiva deliberazione di Giunta regionale n. 29 del 30/01/2026 sono stati approvati i Piani Aziendali Sperimentali presentati dalle singole Aziende ed Enti del SSR, assegnando a ciascuno di essi un target complessivo di interventi di recupero pari a complessive 124.320 prestazioni, ripartite in 114.300 prestazioni di specialistica ambulatoriale e day service e 10.020 ricoveri programmati in Classe A. Con lo stesso provvedimento si è disposto, a far data dal 1° febbraio 2026, l'avvio sistematico delle attività di recall attivo dei pazienti in lista d'attesa, finalizzate alla verifica dell'effettiva necessità assistenziale e alla conseguente bonifica delle liste medesime. Infine, allo scopo di ristorare gli oneri

derivanti dal massiccio ricorso alle prestazioni aggiuntive della Dirigenza medica e del Comparto, la delibera ha assegnato un primo finanziamento straordinario ripartito tra le diverse Aziende ed Enti del SSR in proporzione ai rispettivi target di recupero. Tali risorse, attinte dalla quota spettante alla Regione Puglia del fondo nazionale *ex* art. 1, comma 220 della Legge n. 213/2023, sono state gestite prevedendo l'adozione di un apposito codice di timbratura e l'inserimento di un flag identificativo nel Sistema Informativo Regionale "Edotto", garantendo in tal modo la massima trasparenza e la tracciabilità della spesa.

Tenuto conto che:

- la Cabina di Regia regionale per il Monitoraggio delle Liste di Attesa e l'A.Re.S.S. Puglia hanno monitorato mensilmente l'andamento della sperimentazione avviata il 1° febbraio 2026, evidenziando nei report di sintesi una drastica riduzione dei tempi di attesa reali per le prestazioni traccianti in classe U e B, e una positiva razionalizzazione delle agende grazie al recall attivo che ha permesso la rimozione delle prenotazioni non più clinicamente necessarie, duplicate o già eseguite in altri regimi;

Preso atto che:

- nella seduta della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano dell'11 giugno 2026 (Rep. Atti n. *88*/CSR) è stata sancita l'Intesa sullo schema di decreto del Ministro della Salute di adozione del "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028" e dei relativi allegati da A a G;
- il testo dell'Intesa del PNGLA 2026-2028, nel quale, tra l'altro, è riportato che

1. le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano assumono l'impegno che tutte le agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi Centri Unici di Prenotazione – CUP, in coerenza con quanto previsto nell'ambito del documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028" e relativi allegati da A a G;
2. l'allegato B contiene, ai sensi dell'art. 3 comma 5 del decreto legge n. 73/2024, le linee di indirizzo omogenee a livello nazionale riguardanti l'attivazione a cura dei Centri Unici di Prenotazione (CUP), di un sistema di recall per le prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, nonché i sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, e, ai sensi del successivo comma 7 del medesimo art. 3, disciplina le ipotesi in cui l'assistito, anche se esente, se non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita;

- entro 120 giorni dall'entrata in vigore del decreto di adozione del "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028" le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si impegnano ad adottare ciascuna un proprio Piano Regionale di Governo delle Liste d'attesa, in coerenza con i contenuti previsti, in particolare, alla "Sezione piani regionali di governo delle liste d'attesa" del documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028", nonché alle altre previsioni del documento e ai relativi allegati da A a G, prevedendone l'aggiornamento annuale ai sensi dell'art. 2 comma 5 del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107;
- le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si impegnano, in coerenza con quanto previsto in particolare nella sezione "Monitoraggi" del documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028", nonché con le altre previsioni contenute nel documento e nei relativi allegati da A a G, ad implementare specifiche azioni di monitoraggio, basandosi sul presupposto che tutte le Agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP."

Inoltre:

- nel documento tecnico, di cui all' allegato C parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, sono definiti gli elementi innovativi del PNGLA 2026-2028, e che si intendono qui brevemente riportati:
  - la prescrittività viene orientata attraverso le buone pratiche e le linee guida nazionali (Legge n. 24/2017) elaborate dall'ISS e gli schemi di PDTA di AGENAS, sancendo l'obbligatorietà dell'indicazione del quesito diagnostico e della distinzione tra "Primo Accesso" (tipo accesso "1", soggetto a garanzia temporale e monitoraggio) e "Accesso Successivo" (tipo accesso "0", gestito direttamente dallo specialista tramite percorsi interni di presa in carico senza reinvio del paziente al medico di medicina generale);
  - si confermano i tempi massimi di attesa per le prestazioni di primo accesso della specialistica ambulatoriale, articolati nelle classi U (72 ore), B (10 giorni), D (30 giorni per visite, 60 giorni per diagnostica) e P (120 giorni). L'appropriatezza clinica della priorità viene presidiata mediante l'applicazione sistematica dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO), coordinati da un Tavolo Permanente istituito presso AGENAS per l'aggiornamento costante dei criteri di accesso;
  - le Regioni definiscono gli Ambiti Territoriali di Garanzia (ATG) basati su criteri di prossimità e raggiungibilità. Qualora l'ATG non garantisca i tempi standard, si attivano i "Percorsi di Tutela" con registrazione obbligatoria del paziente in "prelista" o "lista di tutela", con tempi massimi perentori di ricontatto (5 giorni per B, 10-15 giorni per D, 20 giorni per P), escludendo tale istituto per la classe U. Vengono integrati stabilmente nella rete erogativa le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le

reti di cure palliative e le Farmacie dei Servizi (per attività di CUP e telemedicina), promuovendo i percorsi multidisciplinari di Day Service Ambulatoriale (DSA);

- definizione dei tempi massimi di attesa chirurgica suddivisi nelle classi A (30 giorni), B (60 giorni), C (180 giorni) e D (entro 12 mesi), introducendo sperimentalmente i RAO Ricoveri per standardizzare la priorità clinica sulla base del legame tra patologia, intervento e indici di comorbidità. Il decorso dell'attesa è computato dalla data di "accettazione consapevole" del paziente, a seguito di un'esauriente informativa e presa in carico strutturata, con monitoraggio affidato ai flussi LiDiA (Lista di Attesa) e Re.Op (Registro Operatorio);
- istituzione presso AGENAS della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), interoperabile con le piattaforme regionali (PRLA) e alimentata dai flussi del Sistema Tessera Sanitaria (TS) e dai CUP. Viene sancito l'obbligo di confluenza di tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati nel CUP unico, quale requisito imperativo per gli accordi contrattuali e per l'accreditamento;
- obbligo di pubblicazione dei dati di monitoraggio ex-ante e dei Piani Attuativi sui siti web istituzionali all'interno della sezione dedicata "Liste di attesa" per garantirne l'usabilità. Si adotta un Glossario standardizzato per cittadini e operatori, volto ad agevolare l'empowerment degli assistiti e uniformare la semantica delle liste;
- si definiscono i piani preventivi per la rimodulazione dell'attività erogativa durante emergenze biologiche e non, specificando "liste positive" di prestazioni e ricoveri non procrastinabili (oncologici, urgenti, materno-infantili) per tutelare i percorsi clinici critici e pianificare il successivo recupero;

Inoltre, alla luce di quanto esposto, rilevato che la Cabina di Regia regionale per il Monitoraggio delle Liste di Attesa e l'A.Re.S.S. Puglia hanno monitorato mensilmente l'andamento della sperimentazione avviata il 1° febbraio 2026, evidenziando nei report di sintesi una significativa riduzione dei tempi di attesa reali per le prestazioni traccianti in classe U e B, e una positiva razionalizzazione delle agende grazie al recall attivo che ha permesso la rimozione delle prenotazioni non più clinicamente necessarie, duplicate o già eseguite in altri regimi e ritenuto, pertanto, che i risultati positivi conseguiti nel corso del semestre di sperimentazione svoltosi tra febbraio e giugno 2026 forniscano la solida base tecnica ed operativa,

Con il presente provvedimento, si intende:

1. recepire l'Accordo Stato Regioni (Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026) sul decreto del Ministro della Salute "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028", di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. rimandare a successivo provvedimento di Giunta Regionale l'approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, in conformità alle previsioni di cui al PNGLA, da definirsi con il supporto di A.Re.S.S.;

3. approvare le disposizioni regionali in materia di appropriata gestione delle liste d'attesa, di cui all'Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, valevoli fino al 31/12/2026.

Per quanto attiene il finanziamento assegnato con il presente provvedimento per le prestazioni aggiuntive, riportato nell'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, si rappresenta che trattasi di uno stanziamento omnicomprensivo, da utilizzare fino al 31/12/2026 per:

a) carenza di organico;
b) recupero liste d'attesa;
c) raccolte esterne festive di sangue;
d) telecardiologia;
e) altre finalità.

Trattasi, dunque, del limite massimo di spesa consentito a ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale, da sostenersi fino al 31/12/2026. Con successivo atto dirigenziale della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata è definita la ripartizione della quota di finanziamento provinciale ove insistono più Aziende ed Enti del S.S.R. nonché una eventuale rimodulazione del riparto del finanziamento, sulla base di motivate esigenze assistenziali.

Le aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale devono identificare con specifici e separati codici le prestazioni aggiuntive per ciascuna finalità, di cui alle predette lettere a), b), c), d) ed e), garantendo uno stretto monitoraggio rispetto all'appropriato utilizzo delle stesse.

Garanzie di riservatezza

"La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE".

Esiti Valutazione di impatto di genere:
L'impatto di genere stimato è **neutro**

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Dalla presente deliberazione non derivano oneri per il bilancio regionale, in quanto rientranti nell'ambito delle risorse provenienti dal Riparto del Fondo Sanitario Nazionale assegnate alle Aziende Sanitarie a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza.

Tutto ciò premesso, con il presente provvedimento, al fine di procedere al Recepimento dell'Intesa Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. *88*/CSR) sul decreto del Ministro della Salute "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028" e a dare le prime indicazioni attuative alle Aziende ed Enti S.S.R., ai sensi dell'art. 4, lett. d) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di recepire l'Accordo Stato Regioni (Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026), recante "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute concernente l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2026-2028 e sugli allegati A, C, D, E, F, G, del medesimo Piano e intesa, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, sull'allegato B del medesimo Piano. ID Monitor 5937, di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. *rimandare a successivo provvedimento di Giunta Regionale l'approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, in conformità alle previsioni di cui al PNGLA, da definirsi con il supporto di A.Re.S.S.;*
4. di approvare le disposizioni regionali in materia di appropriata gestione delle liste d'attesa, 1° luglio 2026 / 31 dicembre 2026, di cui all'Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
5. di stabilire che il finanziamento assegnato con il presente provvedimento per le prestazioni aggiuntive, riportato nell'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, rappresenta uno stanziamento omnicomprensivo, da utilizzare fino al 31/12/2026 per:
   a) carenza di organico;
   b) recupero liste d'attesa;
   c) raccolte esterne festive di sangue;
   d) telecardiologia;

e) altre finalità.

Trattasi, dunque, del limite massimo di spesa consentito a ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale, da sostenersi fino al 31/12/2026. Le aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale devono identificare con specifici e separati codici le prestazioni aggiuntive per ciascuna finalità, di cui alle predette lettere a), b), c), d) ed e), garantendo uno stretto monitoraggio rispetto all'appropriato utilizzo delle stesse. Con successivo atto dirigenziale della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata è definita la ripartizione della quota di finanziamento provinciale ove insistono più Aziende ed Enti del S.S.R. nonché una eventuale rimodulazione del riparto del finanziamento, sulla base di motivate esigenze assistenziali;

5. di disporre il consolidamento strutturale delle misure sperimentali introdotte con le D.G.R. n. 1/2026 e n. 29/2026, stabilendo che le attività di recall attivo dei pazienti, l'ottimizzazione delle agende tramite l'esclusione del *drop-out*, le aperture straordinarie festive e prefestive degli ambulatori e il prolungamento delle attività fino alle ore 23:00 siano inserite stabilmente nella programmazione ordinaria delle agende di erogazione delle strutture pubbliche e private accreditate, in base ai rispettivi fabbisogni;

6. di stabilire che è fatto divieto assoluto a tutte le strutture pubbliche e private accreditate di sospendere o chiudere le attività di prenotazione (blocco delle agende), prevedendo, in caso di violazione l'avvio immediato di procedimenti disciplinari e di responsabilità erariale a carico delle direzioni responsabili;

7. di autorizzare il Direttore del Dipartimento Salute e Benessere della Regione Puglia a adottare i provvedimenti conseguenti;

8. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., all' AGE.NA.S, alle Aziende ed Enti S.S.R., nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);

9. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del d.lgs. 33/2013, nella sottosezione "Provvedimenti" - "Provvedimenti organi indirizzo politico" - "Provvedimenti della Giunta Regionale";

10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 5, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 7 ottobre 2025, n. 1397.

IL RESPONSABILE E.Q. “Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio”:
Nicola GIRARDI

NICOLA
GIRARDI
12.08.2026
17:39:38
GMT+02:00

La DIRIGENTE di Sezione “Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata”:

Antonella CAROLI

ANTONELLA
CAROLI
12.08.2026
17:42:22
GMT+02:00

La DIRIGENTE di Sezione “Programmazione Investimenti Sistemi Informativi e Telemedicina”:

Concetta LADALARDO

CONCETTA LADALARDO
12.08.2026 17:52:12
GMT+02:00

Il DIRETTORE di Dipartimento Salute e Benessere:

Vito MONTANARO

Vito Montanaro
13.08.2026 11:17:23
GMT+01:00

L’ Assessore alla Salute e Benessere, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale

propone

alla Giunta regionale l’adozione del presente atto.

Donato PENTASSUGLIA

DONATO
PENTASSUGLIA
13.08.2026
17:36:55
GMT+02:00

REGINA STOLFA
14.08.2026
10:19:13
UTC

ALLEGATO A

Codice CIFRA: A05/DEL/2026/00002

PARERE TECNICO

OGGETTO: Recepimento Intesa Conferenza Stato-Regioni (Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026) sul decreto del Ministro della Salute "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028". Disposizioni in materia di appropriata gestione delle liste d'attesa, 1° luglio 2026 / 31 dicembre 2026.

Con il presente provvedimento si intende procedere al Recepimento Intesa Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. ~~85~~ 88/CSR) sul decreto del Ministro della Salute "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028".

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale in quanto la spesa prevista rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ed è finanziata dal Fondo Sanitario Nazionale.

LA PRESENTE PROPOSTA DI DELIBERAZIONE COMPORTA IMPLICAZIONI DI NATURA FINANZIARIA SUL FONDO SANITARIO REGIONALE SI ☒ NO ☐

ANTONELLA CAROLI 12.08.2026 17:42:24 GMT+02:00

FIRMA DEL DIRIGENTE DELLA SEZIONE PROPONENTE
Dott.ssa Antonella Caroli

PRESA D'ATTO DEGLI EFFETTI FINANZIARI DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE SUL FONDO SANITARIO REGIONALE (D.LGS. 118/2011 – Art. 5 comma 6 e art. 7 LL.GG. approvate con DGR 1161/2024)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA GSA

(NEL CASO IN CUI COMPORTI IMPLICAZIONI SUL FSR)

Dott. Benedetto Giovanni Pacifico

Benedetto Giovanni Pacifico 13.08.2026 11:07:53 GMT+01:00

Codice CIFRA: A05/DEL/2026/00002

Allegato B

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute concernente l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2026-2028 e sugli allegati A, C, D, E, F, G, del medesimo Piano e intesa, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, sull'allegato B del medesimo Piano. ID Monitor 5937. Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute concernente l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2026-2028 e sugli allegati A, C, D, E, F, G, del medesimo Piano e intesa, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, sull'allegato B del medesimo Piano. ID Monitor 5937.

Repertorio atti n. 88/CSR dell'11 giugno 2026.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nella seduta dell'11 giugno 2026:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che, in sede di Conferenza Stato-Regioni, il Governo può promuovere la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" e, in particolare, l'articolo 3, comma 5, il quale prevede che "il CUP attiva un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche contenute in linee di indirizzo omogenee a livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano";

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)";

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)";

VISTA la legge 3 agosto 2007, n. 120, recante "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";

VISTO il decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, recante "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" e, in particolare, l'articolo 29, il quale prevede disposizioni urgenti in materia di liste d'attesa;

VISTA l'intesa sancita, con atto rep. n. 2271/CSR, nella seduta del 23 marzo 2005 di questa Conferenza, concernente l'attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'intesa sancita, con atto rep. n. 2555/CSR, nella seduta del 28 marzo 2006 di questa Conferenza, sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTA l'intesa sancita, con atto rep. n. 189/CSR, nella seduta del 28 ottobre 2010 di questa Conferenza, concernente il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTA l'intesa sancita, con atto rep. n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 di questa Conferenza, sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa sull'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto della Salute per gli anni 2010-2012 (rep. atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009);

VISTA l'intesa sancita, con atto rep. n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 di questa Conferenza, concernente il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTA la nota prot. n. 1973 del 7 febbraio 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 2302 e trasmessa l'11 febbraio 2025, con nota prot. DAR n. 2435, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale il Capo di gabinetto del Ministro della salute ha trasmesso lo schema di decreto di cui trattasi, corredato dei relativi allegati;

VISTA la comunicazione del 10 marzo 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 4188, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha inviato un documento contenente le osservazioni e le proposte di modifica al Piano in titolo e ai relativi allegati, formulate dai Coordinamenti dell'Area Assistenza ospedaliera e dell'Area Assistenza territoriale della medesima Commissione;

VISTA la nota prot. DAR n. 4192 del 10 marzo 2025, con la quale l'Ufficio per il coordinamento delle attività di segreteria di questa Conferenza ha trasmesso la suddetta documentazione alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la contestuale convocazione di una riunione tecnica per il giorno 18 marzo 2025;

VISTA la comunicazione del 18 marzo 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 4664 e trasmessa, nella medesima data, con prot. DAR n. 4674, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, a seguito della suddetta riunione tecnica, ha trasmesso il testo del Piano in titolo, riformulato sulla base delle osservazioni e delle proposte di modifica formulate dal Coordinamento dell'Area Assistenza territoriale della medesima Commissione;

VISTA la comunicazione del 24 marzo 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 5069 e trasmessa, nella medesima data, con prot. DAR n. 5121, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha trasmesso il testo del Piano in titolo, modificato sulla base delle osservazioni e delle proposte di modifica, già formulate – e trasmesse con la citata comunicazione del 10 marzo 2025, dal Coordinamento interregionale dell'Area Assistenza territoriale e dell'Area Assistenza ospedaliera della medesima Commissione, non interamente riportate con la predetta nota del 18 marzo 2025;

VISTA la nota prot. n. 5428 del 4 aprile 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 6055 e trasmessa il 7 aprile 2025, con prot. DAR n. 6087, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale l'Ufficio di gabinetto del Ministro della salute ha trasmesso "la proposta in oggetto, riformulata a seguito delle osservazioni regionali" sopra richiamate;

VISTA la nota prot. DAR n. 11130 del 1° luglio 2025, con la quale l'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza ha chiesto alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di voler comunicare le proprie determinazioni in merito al provvedimento in titolo;

VISTA la nota prot. DAR n. 20123 del 20 novembre 2025, con la quale l'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza, al fine di concludere l'*iter* istruttorio, ha chiesto alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome urgente riscontro in merito al provvedimento in titolo;

VISTA la comunicazione del 1° dicembre 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 20947 e trasmessa il 2 dicembre 2025, con nota prot. DAR n. 20995, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha comunicato il parere favorevole, subordinato all'accoglimento delle condizioni ivi indicate, espresso dalla medesima Commissione;

VISTA la nota prot. n. 12651 del 19 marzo 2026, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 5413 e trasmessa il 23 marzo 2026, con nota prot. DAR n. 5552, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale il Capo di gabinetto del Ministro dell'economia e delle finanze ha inviato il parere del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze, reso con nota prot. n. 49927 del 16 marzo 2026, in riferimento al suddetto parere della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, con richiesta di tener conto di quanto ivi rappresentato;

VISTA la nota prot. n. 13405 del 23 aprile 2026, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 7804, con la quale il Capo di gabinetto del Ministro della salute ha trasmesso "la proposta in oggetto riformulata a seguito delle ultime proposte regionali" di cui alla citata comunicazione del 1° dicembre 2025;

VISTA la nota prot. DAR n. 7817 del 23 aprile 2026, con la quale l'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza ha trasmesso la suddetta documentazione alle

amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la contestuale convocazione di una nuova riunione tecnica per il giorno 7 maggio 2026;

VISTA la comunicazione del 24 aprile 2026, acquisita il 5 maggio 2026 al prot. DAR n. 8530, con la quale l'Ufficio di gabinetto del Ministro della salute, segnalando la presenza di un refuso nel testo della suddetta nota prot. n. 13405 del 23 aprile 2026, ha comunicato il titolo corretto del provvedimento in titolo;

VISTA la nota prot. n. 18393 del 29 maggio 2026, acquisita in pari data al prot. DAR n. 10275 e trasmessa, nella medesima data, con prot. DAR n. 10290, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale il Capo di gabinetto del Ministro della salute ha trasmesso un nuovo testo dello schema di intesa unitamente al Piano ed ai relativi allegati rappresentando che gli stessi sono stati riformulati a seguito delle osservazioni espresse dal Ministero dell'economia e delle finanze, dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano nel corso della citata riunione tecnica del 7 maggio 2026;

VISTO il nuovo testo dello schema di intesa trasmesso con la citata nota inviata in data 29 maggio 2026 nel quale, tra l'altro, è riportato:

"a. le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano assumono l'impegno che tutte le agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi Centri Unici di Prenotazione – CUP, in coerenza con quanto previsto nell'ambito del documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028" e relativi allegati da A a G;

b. l'allegato B contiene, ai sensi dell'art. 3 comma 5 del decreto legge n. 73/2024, le linee di indirizzo omogenee a livello nazionale riguardanti l'attivazione a cura dei Centri Unici di Prenotazione (CUP), di un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, nonché i sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, e, ai sensi del successivo comma 7 del medesimo art. 3, disciplina le ipotesi in cui l'assistito, anche se esente, se non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita;

c. entro 120 giorni dall'entrata in vigore del decreto di adozione del "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028" le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si impegnano ad adottare ciascuna un proprio Piano Regionale di Governo delle Liste d'attesa, in coerenza con i contenuti previsti, in particolare, alla "Sezione piani regionali di governo delle liste d'attesa" del documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028", nonché alle altre previsioni del documento e ai relativi allegati da A a G, prevedendone l'aggiornamento annuale ai sensi dell'art. 2 comma 5 del decreto-legge

7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107;

d. le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si impegnano, in coerenza con quanto previsto in particolare nella sezione "Monitoraggi" del documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) 2026-2028", nonché con le altre previsioni contenute nel documento e nei relativi allegati da A a G, ad implementare specifiche azioni di monitoraggio, basandosi sul presupposto che tutte le Agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP.";

VISTA la nota prot. n. 19012 del 4 giugno 2026, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 10573 e trasmessa, nella medesima data, con prot. DAR n. 10574, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale il Capo di gabinetto del Ministro della salute, ad integrazione della nota prot. n. 18393 del 29 maggio 2026, ha trasmesso un nuovo testo dello schema di decreto in titolo, rappresentando che quest'ultimo è stato modificato coerentemente allo schema di intesa trasmesso con la citata nota del 29 maggio 2026, acquisita al prot. DAR n. 10275;

VISTA la comunicazione del 5 giugno 2026, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 10586 e trasmessa, nella medesima data, con nota prot. DAR n. 10590, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha espresso il proprio assenso sul provvedimento in titolo, rappresentando, altresì, che l'Area Tecnica Economico-Finanziaria della medesima Commissione, nel prendere atto di quanto previsto nelle premesse del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa circa le modalità di confronto permanente tra regioni, province autonome di Trento e di Bolzano, Agenas e Ministero della salute, ha chiesto che tale confronto estenda espressamente la propria analisi alla congruità delle risorse finanziarie progressivamente disponibili per l'attuazione del Piano in titolo e all'adeguatezza delle misure volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;

CONSIDERATO che, nel corso della seduta dell'11 giugno 2026 di questa Conferenza, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole all'intesa, con la raccomandazione che il previsto confronto permanente tra regioni, province autonome di Trento e di Bolzano, Ministero della salute e Agenas estenda espressamente la propria analisi alla congruità delle risorse finanziarie progressivamente disponibili per l'attuazione del Piano e all'adeguatezza delle misure volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;

VISTI gli esiti della seduta dell'11 giugno 2026 di questa Conferenza, nel corso della quale il rappresentante del Ministro della salute ha accolto la suddetta raccomandazione, formulata dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano;

ACQUISITO, quindi, l'assenso del Governo, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute concernente

l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2026-2028 e sugli allegati A, C, D, E, F, G, del medesimo Piano;

SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, sull'allegato B del medesimo Piano.

Il Segretario
Cons. Paola D'Avena

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli

[redacted]

CF

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

SOMMARIO

Premessa al PNGLA 2026-28 3

1. Introduzione 4

SEZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE 5

2. Linee di intervento per il governo della domanda 5

2.1 Analisi del fabbisogno 7

2.2 La prescrizione e la classe di priorità 10

2.3 Appropriatezza prescrittiva 12

2.4 Appropriatezza della classe di priorità: il metodo RAO 13

3. La Piattaforma nazionale delle liste di attesa (PNLA) 14

4. Linee di intervento per il Governo dell'offerta 15

4.1 Gli ambiti di garanzia 16

4.2 Il percorso di tutela e i suoi strumenti 17

4.2.1 Strumenti di supporto ai percorsi di tutela 18

4.3 Telemedicina 18

4.4 Gli attori nella rete degli erogatori al livello territoriale 19

4.5 Modelli organizzativi di presa in carico ambulatoriale e piani personalizzati di assistenza: il day-service 21

4.6 Il centro Unico di prenotazione (CUP) 23

SEZIONE RICOVERI 25

5. Linee di intervento per il governo della domanda 25

5.1 Inserimento in lista di attesa 26

5.2 Attribuzione classe di priorità di attesa e introduzione al modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO ricoveri) 27

6. Linee di intervento per il Governo dell'offerta 28

6.1 Tempo massimo di attesa, qualità dell'assistenza e percorsi di tutela 28

6.1.1 Percorsi di tutela e tempo massimo di attesa 28

6.1.2 Percorsi di tutela e qualità dell'assistenza ospedaliera 29

6.2 Diritto di informazione del paziente 30

6.3 Gestione e tenuta della lista d'attesa per ricoveri programmati 31

6.3.1 Convocazione al ricovero: scelta della data, gestione del rifiuto e corretta manutenzione della lista 31

6.3.2 Ricovero del paziente 31

SEZIONE PIANI REGIONALI DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA 33

SEZIONE MONITORAGGI 37

7. Le Prestazioni ambulatoriali e le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio 37

7.1 Il monitoraggio ex ante delle prestazioni della specialistica ambulatoriale (prenotate in Attività istituzionale e in ALPI) 37

7.2 Il monitoraggio delle prescrizioni 39

7.3 Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP 40

7.4 Il monitoraggio ex ante delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale 40

7.5 Il monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale 41

SEZIONE COMUNICAZIONE 42

8. Piano di comunicazione al cittadino ed il ruolo delle associazioni dei pazienti 42

8.1 Il Monitoraggio dei siti web 42

ARMONIZZAZIONE CON I SISTEMI DI GOVERNANCE NAZIONALE 43

9. Il PNGLA e il sistema nazionale di garanzia 43

9.1 Piano nazionale liste d'attesa 2026-2028 ed emergenze 44

SEZIONE ALLEGATI 47

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'Attesa[1], 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 sotto-processi 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.

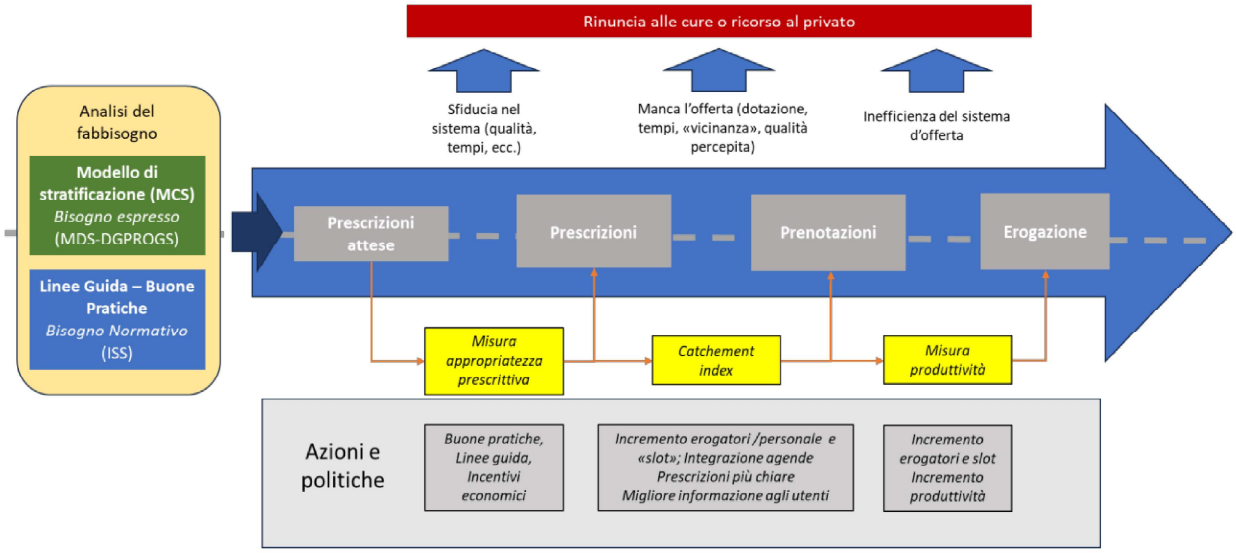


Figura 2. Percorso di governo della domanda

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 diseguaglianze dovute a fenomeni diversi (bisogno inespresso o potenziale, inappropriatezza prescrittiva) 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 reale[2], 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-morbodità, 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" (ciò 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 Assessmen*t. 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 legislativo502/1992.

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 sopra[3].

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 2014-2020[4] 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 vigente[5] e che si caratterizzasse come processo di consolidamento e miglioramento in continuo della metodologia.

In questa ottica, il MNCS ha esteso l'inziale classificazione della popolazione per patologie (non solo croniche), facendola confluire in una stratificazione guidata da una combinazione di variabili driver e descrittive[6] 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, Mancia 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 predictionFront 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 (CReSc) e Chronic-Related Score-2.0 (CReSc-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 comorbosità, 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 programmatorio, 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 erogate[7], 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 popolazione[8].

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 erogate[9]. 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 prescrittori[10].
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 rappresentati 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.

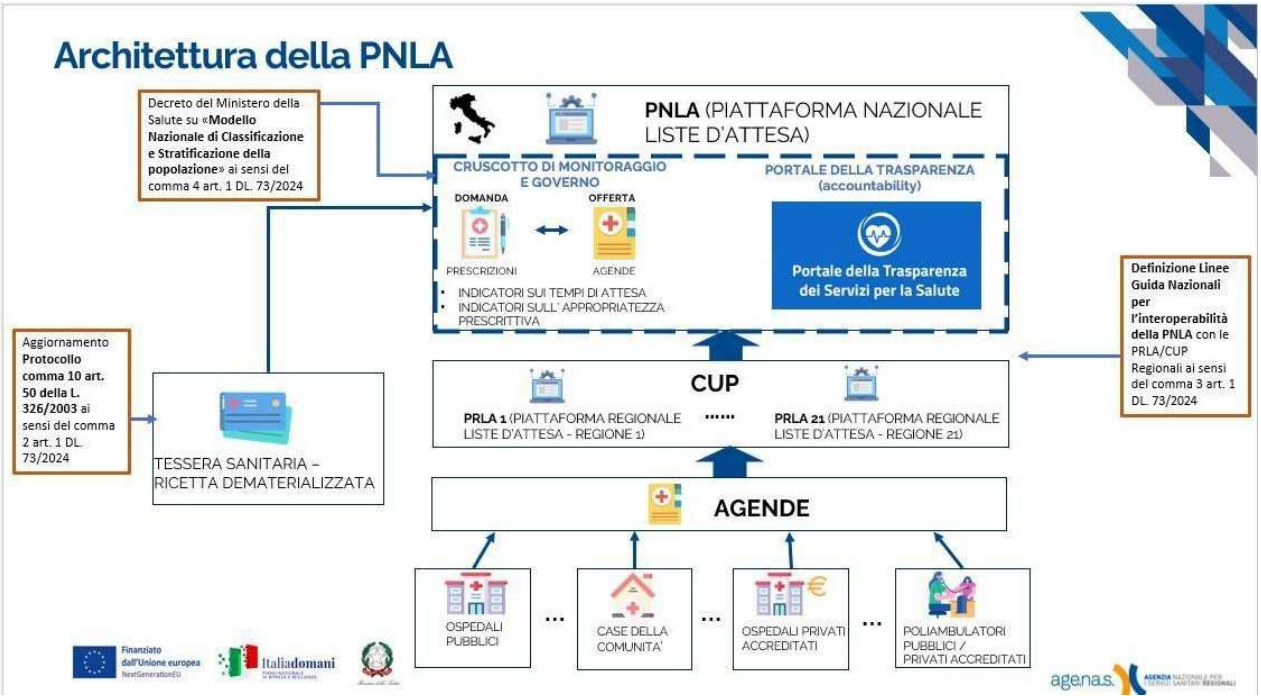
3. LA PIATTAFORMA NAZIONALE DELLE LISTE DI ATTESA (PNLA)

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-geografiche 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'articolo1, 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:
  - 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 tre 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 programmatorio 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, cosi, 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 monitoraggi, 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.

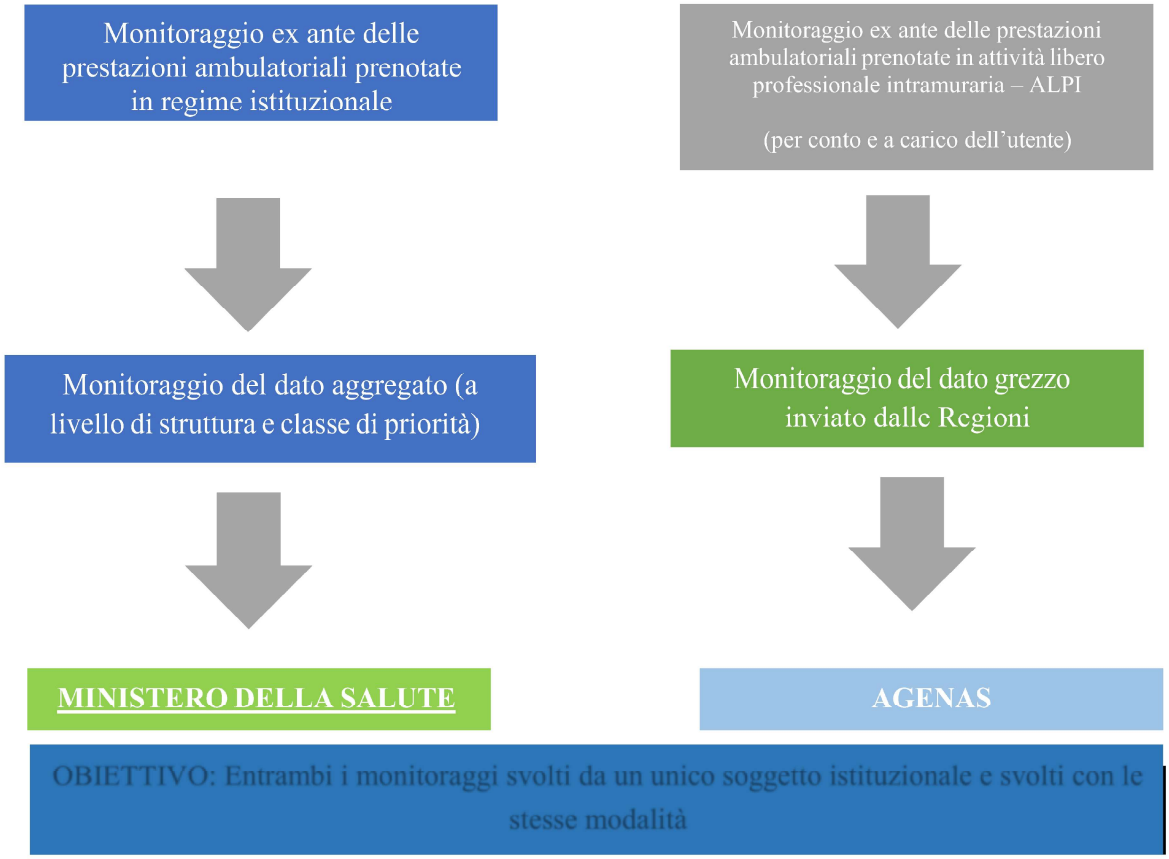


Figura *3*. Modalità e obiettivi del monitoraggio secondo il mandato del PNGLA 2019-2021.

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 di 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 ssmmii*."
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 Lista 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, dèpliant, 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 SCALABILITA' 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 ATTIVITA' 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

ALLEGATO A

STRUMENTI DI SUPPORTO ALLA PRESCRIZIONE (APPROPRIATEZZA E PRIORITÀ)

Indice

1. Introduzione 1
2. Contesto di riferimento 3
3. Il metodo RAO 4
4. Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni 5
5. Strumenti applicativi di supporto alla prescrizione 5

1. Introduzione

L'aumento previsto dei costi e della domanda di assistenza sanitaria, alimentato dalla pandemia di COVID-19, richiede un aumento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria per garantire la sostenibilità finanziaria e la resilienza dei sistemi sanitari finanziati pubblicamente, che attualmente rappresentano una delle principali preoccupazioni per i decisori politici.

Data la particolarità dell'interazione, nel settore sanitario, tra domanda e offerta, una delle opzioni percorribili per gli amministratori pubblici è implementare strategie di "gestione della domanda" per monitorare, indirizzare e rimodulare la domanda di prestazioni specialistiche nell'ambito dell'assistenza primaria e dall'assistenza primaria all'assistenza secondaria. Tra le possibili strategie, anche con il supporto della Telemedicina, si individuano:

- consulenze tra i medici di cure primarie (MMG/PLS);
- consulenze tra i medici di cure primarie e gli specialisti;
- coinvolgimento di altre figure professionali in collaborazione con i medici
- forme di empowerment e di informazione ai cittadini
- implementazione nelle cartelle prescrittive dei protocolli clinici appropriati definiti a livello nazionale e/o regionale.
- Implementazione nelle cartelle prescrittive delle condizioni di appropriatezza definite dalla normativa dei LEA

Poiché il medico di cure primarie rappresenta, al di fuori delle situazioni di emergenza, il primo punto di contatto tra pazienti e SSN, è di fondamentale importanza il sostegno organizzativo alla medicina di assistenza primaria. essendo anche una delle principali aree di intervento per ottimizzare l'uso della capacità produttiva, potendo inoltre consentire di armonizzare i tempi di attesa in modo appropriato rispetto al bisogno di salute.

L'utilizzo della priorità clinica è uno degli strumenti, utilizzati da oltre vent'anni, per migliorare la gestione della prescrizione di prestazioni specialistiche. La priorità clinica si basa sull'idea di assegnare tempi di attesa più brevi ai pazienti con maggiore bisogno clinico e necessità di rapida risposta nel percorso diagnostico e tempi di attesa più lunghi ai pazienti con minore bisogno clinico e maggiore differibilità di risposta nel percorso diagnostico. L'applicazione della priorità clinica consente di programmare l'erogazione dei servizi sanitari in base al bisogno di salute dei pazienti, nonché di gestire con la miglior tempestività possibile i pazienti che presentano una prognosi favorevole, ottimizzando anche l'allocazione delle risorse sanitarie. Fornire l'accesso più rapido ai servizi sanitari ai pazienti che necessitano di una presa in carico maggiormente tempestiva, previene il peggioramento dello stato di salute e può migliorare l'efficacia del trattamento.

Altri vantaggi della priorità clinica riguardano la possibilità di ridurre la domanda inappropriata e di ridurre l'elevata variabilità decisionale. Infine, rendere trasparenti le indicazioni delle priorità cliniche può garantire una miglior informazione del paziente, favorendo di conseguenza il miglioramento del rapporto medico-paziente.

Nel 2020, la riduzione di offerta generata dalla pandemia di COVID-19 ha messo ancor più in evidenza la necessità di individuare criteri condivisi per stabilire le priorità cliniche nell'accesso ai servizi sanitari, soprattutto per evitare ritardi nei percorsi diagnostici per pazienti con malattie diverse dal COVID-19, come le patologie neoplastiche.

Molti studi si sono concentrati sui fattori associati alla variabilità delle prescrizioni specialistiche da parte dei medici di cure primarie. Si possono distinguere fattori individuali e di contesto. I principali fattori individuali correlati al medico sono: i) l'esperienza personale; ii) la conoscenza; iii) le opinioni personali, mentre i fattori individuali correlati al paziente sono prevalentemente: iv) la gravità della malattia e v) lo stato socioeconomico del paziente.

Per quanto riguarda i fattori di contesto, vi) la percezione dei tempi di attesa e vii) la disponibilità degli specialisti sembrano influenzare maggiormente la prescrizione. Thorsen e collaboratori identificano nel confronto dialettico tra medici di cure primarie e specialisti un fattore chiave nello spiegare la variabilità della qualità delle prescrizioni specialistiche, avendo anche evidenziato che i medici di cure primarie apprezzano la possibilità di fare affidamento su modelli concordati.

Per quanto riguarda il miglioramento della qualità prescrittiva, la diffusione passiva di linee guida a livello locale risulta meno efficace della discussione tra professionisti sanitari, dell'utilizzo di strumenti di supporto alla prescrizione e del lavoro in team multidisciplinari. La revisione tra professionisti sanitari, quale strumento di miglioramento della qualità delle prescrizioni, è confermata anche da Blank e collaboratori che identificano, attraverso un'ampia revisione della letteratura, quattro strategie fortemente raccomandate: i) la revisione tra professionisti sanitari con feedback informativo e formazione; ii) la consultazione specialistica prima della prescrizione; iii) la prescrizione con strumenti elettronici e iv) la disponibilità nel territorio di specialisti.

È dimostrato il ruolo dei medici di cure primarie nel favorire una maggior efficienza dell'assistenza specialistica, così come è dimostrato che l'utilizzo da parte dei medici di cure primarie di strumenti di supporto prescrittivo e, specificamente, di strumenti elettronici di supporto alla prescrizione, migliora la qualità delle prescrizioni.

La definizione delle priorità cliniche, come strumento di governo per l'accesso alle prestazioni sanitarie, dovrebbe idealmente ridurre la domanda di prescrizioni, eliminando quelle considerate inappropriate o attribuendo una bassa priorità alle prestazioni potenzialmente inappropriate che, di conseguenza, possono essere differite. In tal senso, la priorità clinica agisce per aiutare a razionalizzare la domanda.

Tra i lavori originali che descrivono esperienze con l'utilizzo di strumenti di supporto alla prescrizione, vanno evidenziati quelli realizzati dalla seconda metà degli anni '90 in poi, in Italia. Tra le ipotesi verificate da alcuni autori, vi è anche la correlazione positiva tra l'utilizzo di strumenti di supporto alla prescrizione e la concordanza tra i medici di cure primarie e gli specialisti nell'attribuire le priorità ai singoli pazienti, così come una maggior appropriatezza, secondo linee guida, nei casi concordanti.

Recentemente, alcuni autori hanno suggerito che, a seguito degli effetti di incremento generalizzato della domanda di prestazioni, conseguente alla pandemia da COVID-19, tra gli strumenti che possono essere di aiuto per rivedere la domanda di prestazioni e per migliorare i percorsi diagnostici vi sono i Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO), descritti nella letteratura già citata.

2. Contesto di riferimento

L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta in Italia, per il tramite dei medici di cure primarie e degli specialisti, un'importante risposta alla richiesta dei bisogni di salute dei cittadini. Negli ultimi anni, a seguito della pandemia da COVID-19, vi è stato un impatto negativo su tale setting che, infatti, ha registrato una crescente domanda di prestazioni sanitarie.

Pertanto, per contrastare lo sbilanciamento del rapporto domanda/offerta, diventa sempre più determinante l'utilizzo di metodi che consentano di gestire le classi di priorità in base all'effettivo bisogno di salute del cittadino. Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, di cui all'Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019 ha promosso, come strumento di governo della domanda delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, il metodo RAO, più sopra citato.

L'individuazione di condizioni cliniche, associate alla priorità delle prestazioni, deve diventare una caratteristica preponderante nelle richieste di ricorso alla specialistica, che non deve essere condizionata dall'offerta disponibile tramite i sistemi di prenotazione, ma deve essere coerente al bisogno di salute del cittadino. L'azienda sanitaria, utilizzando il sistema CUP (che gestisce l'intera offerta e consente la prenotazione) dovrà essere in grado di modulare l'offerta adeguandola a tale domanda, secondo regole condivise.

Alla luce delle raccomandazioni della letteratura già citata, le indicazioni cliniche, per poter essere rese operative, necessitano di strumenti elettronici di supporto alla prescrizione che favoriscano l'utilizzo di indicazioni condivise, fornendo al medico un aiuto alla scelta delle priorità sulla base delle condizioni cliniche del paziente.

3. Il metodo RAO

Il metodo RAO ha l'obiettivo di definire, per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, una coerenza tra i tempi massimi di attesa e le condizioni di salute, stabilendo criteri clinici espliciti concordati.

Nel percorso di coinvolgimento dei principali attori coinvolti nel processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni specialistiche (MMG, PLS, medici specialisti, rappresentanti dei cittadini), che caratterizza i contenuti del Manuale RAO redatto da AGENAS, sono state individuate "parole chiave" con l'obiettivo di descrivere indicazioni cliniche basate su appropriatezza e ragionevolezza clinica di attesa, coerenti con le classi di priorità del corrispondente campo della ricetta.

Nelle prime fasi di applicazione e diffusione, il metodo RAO può essere utilizzato per le prestazioni maggiormente critiche in termini di accesso e per quelle che, nei diversi ambiti territoriali, presentino tempi di attesa oltre gli standard.

In coerenza con il PNGLA è previsto il continuo aggiornamento dell'Allegato B (Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO") del PNGLA 2019-2021. In particolare, tale aggiornamento dovrà riguardare le prestazioni specialistiche e le indicazioni cliniche condivise, sia alla luce del progressivo utilizzo del metodo da parte di un crescente numero di professionisti e sia in seguito all'analisi dei risultati raggiunti e del continuo perfezionamento delle indicazioni.

AGENAS, a tale scopo, coordinerà il coinvolgimento di rappresentati di società medico scientifiche, di istituzioni centrali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità), di rappresentanti di tutte le Regioni e Province Autonome e di rappresentanti dei cittadini, attivando, in coerenza con le modalità di lavoro utilizzate da AGENAS in applicazione al PNGLA 2019-2021, un Gruppo di Lavoro centrale, un Gruppo di lavoro interregionale e Gruppi Tematici relativi alle diverse discipline specialistiche interessate.

Presso AGENAS inoltre è istituito, entro 60 giorni dall'approvazione del PNGLA, il "Tavolo Permanente per i RAO e per altri strumenti di supporto alla prescrizione" coordinato da AGENAS e composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'ISS, delle Regioni/PA e delle Associazioni dei cittadini.

4. Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni

L'art 16 del DPCM 12 gennaio 2017 prevede che per alcune prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale siano indicate specifiche condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva, riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi.

Le condizioni di erogabilità prevedono che tali prestazioni siano erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi che rientrano in tali condizioni, che il medico prescrittore è tenuto a riportare sulla ricetta.

Le indicazioni di appropriatezza prescrittiva prevedono che le prestazioni siano erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo del medico prescrittore di riportare il quesito o sospetto diagnostico sulla ricetta.

Inoltre, per le prestazioni di densitometria ossea il decreto prevede l'erogabilità a carico del Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4A del decreto stesso e per la chirurgia refrattiva ambulatoriale prevede l'erogabilità a carico del Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4B.

La prescrizione quindi, anche in questo caso, rappresenta lo strumento fondamentale per rispondere a tale adempimento.

5. Strumenti applicativi di supporto alla prescrizione

Le prescrizioni, effettuate dai MMG, dai PLS e dagli specialisti coinvolti, devono essere effettuate mediante ricetta dematerializzata.

Il medico deve utilizzare un applicativo di cartella clinica informatizzata, che permetta gestisca funzionalità di supporto alla prescrizione.

In particolare, le funzionalità dell'applicativo devono rispondere alle necessità dell'implementazione di indicazioni di appropriatezza e/o del metodo RAO, in modo tale da gestire:

- un supporto alla scelta delle indicazioni cliniche per la prescrizione delle prestazioni individuate;
- la tracciabilità dell'indicazione clinica selezionata nel flusso della ricetta dematerializzata;
- l'associazione tra l'indicazione clinica selezionata e il quesito diagnostico.

La raccolta di questi dati permetterà, attraverso il coinvolgimento partecipativo dei medici, di perseguire il continuo aggiornamento indicazioni cliniche e quindi delle "parole chiave" che le descrivono. Al tempo stesso, con l'utilizzo di strumenti avanzati di intelligenza artificiale, è molto probabile che si possa sviluppare e applicare una nuova specifica modalità di codifica, che permetta una sempre maggior omogeneità di linguaggio per i sospetti diagnostici

e una conseguente possibilità di migliore analisi del linguaggio stesso. Al momento, non sono noti strumenti esaustivi per tale finalità, compreso l'ICD IX - CM, essendo esso adeguato alla classificazione di patologie già diagnosticate.

Le informazioni così raccolte saranno oggetto di analisi e studio specifico, finalizzati alla definizione di un nuovo sistema di classificazione dei quesiti diagnostici, con la prospettiva di utilizzare tale sistema univocamente a livello nazionale, integrandolo nei flussi riguardanti la specialistica ambulatoriale. Tale attività di studio rientrerà nelle finalità del "Tavolo Permanente per i RAO e per altri strumenti di supporto alla prescrizione".

Inoltre, in prospettiva, è ragionevole ipotizzare che i sistemi di prenotazione potranno utilizzare il nuovo sistema di codifica sopra citato al fine di governare percorsi di prenotazione in agende specifiche in modo automatizzato, favorendo un miglioramento della prenotazione online. Esempi di tali percorsi sono quelli specifici per patologia (ad es. visita neurologica per disturbi del movimento) oppure per tipologia di ambulatorio.

Un altro aspetto importante in questo percorso è rappresentato dalla necessità, per il prescrittore, di ricorrere al **Teleconsulto**[1] specialistico, soprattutto nei casi in cui il medico prescrittore ritenesse di dover descrivere la condizione clinica del paziente con un linguaggio più complesso rispetto a quello delle indicazioni cliniche condivise. Ne consegue che, per una diffusa applicazione del Teleconsulto, l'organizzazione aziendale deve garantire la disponibilità di specialisti di branca a rispondere alle richieste di Teleconsulto dei prescrittori.

Infine, è utile prevedere momenti di confronto tra i medici prescrittori e gli specialisti che erogano la prestazione in merito alla priorità clinica assegnata al paziente, ciò al fine di favorire l'audit e di ridurre il più possibile la variabilità inter-professionisti. Infatti, le prescrizioni non concordanti potrebbero portare alla duplicazione di prestazioni specialistiche oltre che a raccomandazioni contrastanti tra un medico e l'altro.

[1] DM 21 settembre 2022 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio". (22A06184) (GU Serie Generale n.256 del 02-11-2022)

ALLEGATO B

LINEE DI INDIRIZZO OMOGENEE A LIVELLO NAZIONALE SISTEMI CUP

Sommario

INTRODUZIONE 1
1. I SISTEMI CUP 1
1.1. Definizioni e classificazioni 1
1.2. Interoperabilità 3
2. ASPETTI ORGANIZZATIVI- GESTIONALI 4
2.1 Il sistema dell'offerta 4
2.2. Back-office: funzioni e ambiti di attività 4
2.2.1 Gestione e programmazione delle agende di prenotazione 4
2.2.1.1 L'Agenda di prenotazione 5
2.2.1.2 Gestione delle agende di prenotazione di "percorsi" 6
2.2.1.3 Strumenti di gestione dei percorsi di tutela 7
2.2.1.4 Gestione delle sospensioni temporanee di erogazione 9
2.2.1.5 Gestione delle prestazioni cicliche 9
2.2.1.6 Avvertenze di prenotazione e preparazioni 9
2.2.1.7 Profili di accesso alle agende 9
2.2.2 Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione 10
2.2.3 Monitoraggio per il governo delle liste di attesa 10
2.2.3.1 Rimodulazione dell'offerta 10
2.2.4. Riscontro dell'erogazione 11
2.3. Front-office: accesso ai servizi e gestione del processo di prenotazione 12
2.3.1 Canali di accesso/fruizione del Sistema CUP 12
2.3.2 Il processo di prenotazione 12
2.3.2.1 Identificazione dell'assistito 13
2.3.2.2 Inserimento delle prestazioni 13
2.3.2.3 Prenotazione 13
2.3.2.4 Contabilizzazione e cassa 14
2.3.2.5 Gestione delle disdette 15
3. PRIVACY E TRASPARENZA 16
3.1. Privacy 16
3.2. Trasparenza 17
4. ASPETTI DI NATURA INFORMATIVO-SEMANTICA 17
4.1 Archivi "anagrafici" di base a supporto del corretto funzionamento del servizio di prenotazione 17
4.2 Modalità di condivisione del catalogo delle prestazioni prenotabili 18
5. INDICATORI RESI DISPONIBILI DAI SISTEMI CUP 18

INTRODUZIONE

Il presente documento definisce le linee di indirizzo omogenee a livello nazionale di riferimento per la realizzazione e/o l'evoluzione di Sistemi CUP, sia di livello aziendale/provinciale sia di area vasta, sia regionali, a prescindere dalle scelte organizzative delle Aziende Sanitarie

Esso aggiorna ed integra le Linee Guida CUP del 2010, recependo i contributi a carattere regionale e le indicazioni formulate dal Tavolo Tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2026-28.

Con le Linee di indirizzo nazionali di riferimento dei Sistemi CUP di cui al presente documento sono aggiornati le definizioni e gli ambiti di operatività dei sistemi CUP ai sensi delle normative intervenute, tra cui il DM 20 agosto 2019 e il DL 73/2024 convertito in Legge 107/2024 e sono, in particolare, definite le finalità e le caratteristiche operative di cui all'art. 3 commi da 1 a 8 del DL 73/2024, con particolare riferimento ai sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione e ai sistemi di disdetta delle prenotazioni

1. I SISTEMI CUP

1.1. Definizioni e classificazioni

Per **Centro Unificato di Prenotazione (CUP)** si intende il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini.

Qualora, la funzionalità di accettazione dei pazienti in accesso diretto (senza prenotazione)[1] non sia presente sul sistema CUP, è opportuno interfacciare al sistema le strutture eroganti al fine di monitorare l'intera offerta e consentire il ritorno a CUP dell'erogato.

In particolare, il sistema CUP, formato nel suo complesso da più procedure, deve consentire di ottimizzare l'offerta verso il cittadino e rimodularla, quando necessario, standardizzando l'analisi, in particolare confrontando le stime del bisogno, l'offerta disponibile, il prenotato e l'erogato.

Il raggiungimento di tale obiettivo prevede:

- dal punto di vista informativo, l'integrazione delle componenti software dei sistemi di prenotazione e di gestione della produzione,
- dal punto di vista organizzativo, l'integrazione dei sistemi decisionali relativi alla programmazione dell'offerta, alla valutazione dell'andamento della produzione e alla riprogrammazione conseguente.

A tale scopo i responsabili aziendali del sistema CUP, della specialistica ambulatoriale e delle varie strutture di produzione devono confrontarsi in maniera sistematica al fine di assicurare decisioni coerenti con l'integrazione informativa prevista.

[1] Vedi PNGLA 2026-2028 al paragrafo 4.1

Esistono numerose e variegate modalità di classificare i Sistemi CUP esistenti, considerando tanto l'ambito territoriale di riferimento, quanto l'insieme delle risorse sanitarie gestite (sia in termini quantitativi - numerosità di prestazioni e agende - sia in termini qualitativi - tipologia di prestazioni e d'accesso - 1° e 2° livello), nonché il regime di erogazione (Servizio Sanitario Nazionale, intramoenia, ecc.), ed altre ancora.

Nel prosieguo del documento, viene adottata una distinzione basata sulla classificazione di CUP Aziendali e Interaziendali, secondo le seguenti definizioni:

- CUP Aziendale: inteso come Sistema CUP specifico di una singola Azienda Sanitaria pubblica, indifferentemente che si tratti di un'Azienda Ospedaliera, o di una ASL/AUSL, o altro. Quello che conta è l'unicità dell'ambito di applicazione del Sistema CUP (anche se all'interno di una ASL o di una Azienda Ospedaliera vi possono essere un numero considerevole di strutture erogatrici, punti di prenotazione, ecc.), quale tratto peculiare;
- CUP Interaziendale: dove i soggetti o i sistemi autonomi che entrano in relazione sono più di uno e si accrescono ulteriormente le complessità organizzative, in termini di coerenza interna al Sistema CUP ed interazione con gli applicativi gestionali delle singole Aziende, ma dove esistono anche, data la più vasta concentrazione delle risorse impiegate o disponibili, possibilità e resistenze diverse di evoluzione del Sistema CUP, rispetto tanto al prodotto informatico quanto al modello organizzativo implementato. Il CUP Interaziendale può avere valenza regionale o infra-regionale.

Prima ancora di entrare nel merito degli elementi peculiari di un CUP Interaziendale, è necessario effettuare una premessa, che riassuma due caratteristiche delle attuali soluzioni di CUP Interaziendali ad oggi concretamente realizzate.

Vengono, quindi, descritte due possibili soluzioni correntemente adottate (CUP unificato e CUP integrato) che permettono di realizzare un sistema di prenotazione a valenza regionale/infra-regionale.

Non si tratta solo di una distinzione rispetto alle soluzioni tecniche, ma anche di un diverso metodo di applicazione delle finalità di interazione e standardizzazione delle attività del CUP all'interno di un contesto territoriale. Diverse sono le motivazioni che possono portare alla prevalenza di un modello realizzativo sull'altro, e diversi i vantaggi e gli svantaggi delle possibili soluzioni. Entrambi i modelli, tuttavia, prevedono un coordinamento interaziendale a livello regionale e la possibilità di accentrare specifici ambiti d'attività del CUP, allo scopo di beneficiare di economie di scala e di specializzazione delle figure coinvolte all'interno di ambiti cruciali d'attività (quali, ad esempio, la gestione delle agende e della prenotazione telefonica, delle regole comportamentali, ecc.).

Tanto la soluzione Unificata quanto la soluzione Integrata mirano, in un contesto di CUP Interaziendale a valenza regionale/infra-regionale, a rendere disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circolarità", cioè tramite tutti i punti d'accesso del Sistema CUP, indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda Sanitaria, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto per quella tipologia di prestazione per i propri assistiti. I punti salienti delle due soluzioni sono di seguito riportati.

Il CUP Unificato configura una situazione in cui diversi CUP aziendali, prevalentemente a valenza provinciale, confluiscono in un unico strumento valido per tutti in termini di funzionalità dell'applicativo sia lato Front-end (prenotazione) sia lato Back-office (gestione delle agende e del catalogo delle prestazioni).

Questo modello consente di:

- supportare la gestione offerta-domanda di prestazioni sanitarie di un numero definito di Aziende e con un bacino territoriale di afferenza ben identificato;

- ottimizzare la manutenzione e l'aggiornamento delle basi dati - attraverso la localizzazione unica delle stesse - e delle funzionalità dell'applicativo;
- rendere univoche le maschere di interfaccia tra l'operatore CUP e le basi dati.

Il CUP Integrato configura una situazione in cui diversi CUP aziendali, a valenza provinciale o più ampia, si interfacciano con un modulo "orchestratore", cioè che gestisce le richieste di prenotazione restituendo al CUP richiedente i dati afferenti alle diverse realtà aziendali.

Questo modello consente di:

- preservare l'autonomia delle singole Aziende, in termini di applicativi utilizzati, gestione delle basi dati, modelli organizzativi dell'offerta sanitaria e di gestione della prenotazione. In particolare, mantiene:
  - gli investimenti già fatti in termini di Sistemi CUP e di integrazione degli stessi con i diversi sistemi ed applicativi interni alle singole Aziende/strutture erogatrici;
  - la rispondenza alle modalità organizzative locali;
  - la titolarità delle basi dati e accessibilità ai dati storici già registrati sugli applicativi locali e centrali dei CUP Aziendali e relative modalità organizzative di gestione dell'offerta sanitaria;
- rendere trasparente il CUP Integrato agli utilizzatori dell'applicativo CUP Aziendale per accedere all'offerta locale, riducendo così la necessità di formazione sul nuovo applicativo (soprattutto là dove la realtà aziendale preveda una pluralità di accessi presso diversi punti di erogazione);
- demandare a quest'ultimo la gestione di particolari funzionalità di interesse regionale in ambito di prenotazione non gestibili direttamente dagli applicativi aziendali, sia lato interfacce di Front-end, sia lato gestione dell'offerta sanitaria, senza richiedere nuovi investimenti in software se non quelli necessari alla costituzione di un'interfaccia di comunicazione tra l'applicativo aziendale e il CUP Integrato, di norma inferiori a quanto necessario per l'utilizzo di un nuovo applicativo CUP.

Obiettivo dei Sistemi CUP oggetto delle presenti linee di indirizzo è rendere possibile la prenotazione "allargata ed incrociata" di prestazioni presso varie tipologie di strutture (strutture pubbliche e private accreditate), per i diversi regimi di erogazione (prestazioni SSN, libera professione intramoenia e intramoenia allargata), e per le differenti modalità di accesso (ricovero ordinario, day hospital, specialistica ambulatoriale, ecc).

1.2. Interoperabilità

Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali che afferiscono al Centro unico di prenotazione (CUP) garantendo l'interoperabilità con le diverse procedure di gestione di prenotazione ed erogazione (vedi paragrafo 2.2.4).

In particolare, la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali costituisce, ai sensi dell'art. 3 commi 2 e 3 del Dl n. 73 del 7 giugno 2024 convertito con la Legge n.107 del 29 luglio 2024:

- condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- specifico elemento di valutazione, nell'ambito delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992, e del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022 relativo alla

«Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie».

Inoltre, il citato DL 73, all'art. 1 commi 1,2 e 3, istituisce presso l'AGENAS la Piattaforma Nazionale Liste di Attesa (PNLA) finalizzata a realizzare l'interoperabilità con i Centri Unici di Prenotazione (CUP) relativi a ciascuna Regione e Provincia Autonoma.

La piattaforma deve supportare le comunicazioni e le collaborazioni tra diversi sistemi, applicazioni e componenti al fine di garantire che i vari soggetti integrati possano scambiare dati, informazioni e funzionalità in modo coerente e affidabile.

Per la realizzazione della Piattaforma sono disponibili le "Linee guida di realizzazione, funzionamento e interoperabilità della Piattaforma Nazionale Liste di Attesa (PNLA)" approvate con DM XXXX

2. ASPETTI ORGANIZZATIVI- GESTIONALI

2.1 Il sistema dell'offerta

Il sistema dell'offerta si articola in una rete di punti di prenotazione che consentono di visualizzare tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili. Ogni punto di prenotazione si interfaccia con questa rete, garantendo la visione della disponibilità di prestazioni in ciascun punto della rete e differenziando, ove necessario, i livelli di accesso dei vari utenti (es. possibilità per tutti i punti di prenotazione di consultare il calendario delle disponibilità delle TAC, ma solo il punto di prenotazione della radiologia, o altro punto addestrato per la gestione di percorsi specifici, può procedere alla prenotazione della prestazione.

Il corretto funzionamento del Sistema CUP è reso possibile da un servizio di Front-office e uno di Back-office deputati alle funzioni di programmazione e gestione degli accessi, come di seguito illustrato.

2.2. Back-office: funzioni e ambiti di attività

Il Back-office cura la programmazione e la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione seguendo logiche e meccanismi operativi finalizzati ad ottimizzare le agende, massimizzare il rendimento delle unità eroganti e recuperare le disponibilità inutilizzate. Tali attività sono raggruppabili in tre funzioni principali:

- Gestione e programmazione delle agende di prenotazione
- Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione
- Monitoraggio per il governo delle liste di attesa

2.2.1 Gestione e programmazione delle agende di prenotazione

Tale attività prevede:

- la gestione del catalogo delle prestazioni con l'allineamento al nomenclatore tariffario nazionale/regionale per il riscontro del corretto calcolo del ticket (utilizzando branca, tariffa, ecc.);
- la configurazione delle agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni in regime SSN) con l'eventuale gestione dei posti disponibili in base alla classe di priorità definita dal medico prescrittore (urgente, breve, differibile, programmata);

- la configurazione di eventuali agende di accettazione per la registrazione degli accessi per cui non avviene la prenotazione (accesso diretto);
- la modifica delle agende inserite nel Sistema: sospensione di attività di erogazione, variazione delle prestazioni (tipologia e quantità), orari di accesso, ecc.;
- la gestione delle avvertenze da seguire per una corretta prenotazione delle prestazioni ed eventuale indicazione delle modalità di preparazione per l'effettuazione della prestazione;
- la gestione di agende dedicate in base alle tipologie di contratto e convenzioni per l'erogazione delle prestazioni: (SSN, Libera Professione intramoenia, paganti in proprio).

2.2.1.1 L'Agenda di prenotazione

L'unità elementare per la gestione dell'offerta è rappresentata dall'agenda di prenotazione che comprende:

- i dati di cosa sia possibile prenotare (e più in generale dell'offerta), e precisamente:
  - le prestazioni che possono essere prenotate/erogate, con indicazione delle possibili preparazioni per l'utente per l'erogazione della prestazione e/o avvertenze per l'operatore CUP per la prenotazione della prestazione;
  - la classificazione (es. branca specialistica) per il calcolo dell'offerta e dei tempi di attesa;
- i dati di chi eroga la prestazione e di quando viene erogata, e precisamente:
  - la struttura erogante (sede dell'ambulatorio);
  - equipe (l'utilizzo di agende nominative è previsto solo per la gestione dei controlli in cui debba essere garantita l'erogazione dello stesso professionista, nell'ambito di percorsi di presa in carico);
  - gli orari di servizio o i periodi di apertura e chiusura;
  - altri elementi necessari per la generazione del "calendario" delle disponibilità/offerte
- i dati di chi può fruire della prestazione, e precisamente:
  - il regime di erogazione della prestazione (SSN, intramoenia, ecc.) e, in generale, gli elementi necessari al calcolo dell'importo della prestazione;
  - la tipologia (primo accesso e accesso successivo) e priorità di accesso (con la possibilità di rimodulare l'offerta qualora non si preveda di occupare completamente le disponibilità previste - in base all'analisi del tasso di occupazione delle agende - e di scalare la disponibilità tra classi di priorità al fine di ottimizzare l'utilizzo delle agende prioritarizzate);
- i canali di accesso:
  - agenda "pubblica" prenotabile dall'assistito tramite web o APP e da qualsiasi tipologia di operatore CUP (di sportello, call center, farmacia,);
  - agenda prenotabile da operatori, direttamente dal medico di medicina generale o dagli specialisti dipendenti dell'azienda sanitaria sulla base di percorsi di presa in carico individuati a livello aziendale;
  - agenda prenotabile da sistema esterno (ad esempio tramite il CUP Integrato).

L'agenda è dunque lo strumento operativo del CUP. La costruzione dell'agenda avviene definendo uno spazio temporale di erogazione. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, che ovviamente varia a seconda del tipo di prestazione, una volta definito il tempo di apertura del servizio, è possibile misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni prenotabili nell'agenda stessa. L'intera offerta di prestazioni di ciascuna Azienda viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende, in funzione dei diversi regimi di erogazione. Pertanto, per ogni struttura erogante, è necessario definire la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione, in modo da permetterne la gestione al Back-office.

Le agende devono avere un tempo di vita sufficiente a garantire l'ottimale gestione di tutte le prenotazioni nell'ottica del rispetto dei tempi di attesa previsti dalle diverse classi di priorità. Generalmente può ritenersi congruo un tempo di vita dell'agenda di **almeno un anno**, a scorrimento giornaliero, prevedendo la riprogrammazione dell'agenda nel corso di vita della stessa.

Si riportano le distinzioni delle tipologie di agende:

Agenda satura: agenda che presenta pazienti in lista prenotati fino al termine ultimo di apertura di calendario previsto ad almeno un anno, sulla quale non sono disponibili ulteriori appuntamenti per indisponibilità di calendario.

Agenda chiusa: agenda che presenta pazienti in lista prenotati fino ad una data antecedente il termine ultimo di apertura di calendario previsto ad almeno un anno sulla quale non sono disponibili ulteriori appuntamenti

Agenda con sospensione di erogazione dell'attività: agenda che presenta pazienti in lista prenotati con una sospensione temporale del calendario legata a cause di forza maggiore (guasti macchine, indisponibilità professionista, indisponibilità struttura)

Per poter effettuare correttamente la gestione separata dei primi accessi rispetto ai successivi e per individuare il miglior "dimensionamento" delle agende ai fini gestionali, è necessario che il Sistema CUP sia in grado di gestire l'agenda in modo tale da:

- distinguere i posti assegnati alle differenti tipologie di accesso;
- gestire i pazienti in lista in maniera distinta;
- prevedere meccanismi automatici di riconversione di posti dai primi accessi rispetto ai successivi accessi e viceversa, in caso di posti rimasti vuoti, per ottimizzare la gestione e minimizzare i periodi di inattività;
- distinguere i posti riservati a percorsi specifici cui fanno riferimento determinate richieste;
- rilevare separatamente i tempi di attesa assegnati alle diverse tipologie di utenti.

2.2.1.2 Gestione delle agende di prenotazione di "percorsi"

La gestione efficiente di specifiche agende di prenotazione di "percorsi" richiede l'individuazione delle prestazioni che vi andranno inserite afferenti a specifici percorsi diagnostico-terapeutici (follow up, presa in carico di pazienti cronici e gestione dei PDTA, visite successive al primo accesso concordate con lo specialista, prestazioni che richiedono interventi multidisciplinari o preparazioni particolari , protocolli di cura ecc.) e che saranno prenotate, preferibilmente, direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza.

In particolare, 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) (art. 3 comma 8 del DL 73/2024).

Per le prestazioni comprese all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici è necessario prevedere, da parte delle strutture eroganti, una specifica programmazione, affinché i punti di prenotazione possano ritrovarle all'interno del Sistema delle prenotazioni in specifiche "agende riservate". Al fine di garantire che il paziente rimanga all'interno del percorso, nel caso in cui le prestazioni aggiuntive di cui necessita non vengano erogate nella struttura di presa in carico, deve essere prevista la possibilità di prenotare in altre strutture dello stesso ambito territoriale. Anche la rilevazione di tali prestazioni è necessaria per conoscere la complessiva attività svolta dalle strutture eroganti e per valutarne la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee guida definite per la cura delle patologie.

Anche per le prestazioni comprese nel Day Service ambulatoriale, da parte delle strutture eroganti deve essere effettuata una specifica programmazione, affinché i punti di prenotazione possano trovare la disponibilità dedicata a tali percorsi all'interno del Sistema delle prenotazioni in specifiche "agende riservate per i Day Service".

Il medico, direttamente, o il personale infermieristico o amministrativo che presiede alle attività di accoglienza e di front office, per le attività ambulatoriali cui afferiscono le strutture titolari del DS, provvedono alla prenotazione di tutte le prestazioni prescritte su apposite agende CUP dedicate, coerentemente con le tempistiche indicate dallo specialista. Le prestazioni richieste dal medico referente del Day Service dovranno essere prenotate per essere erogate in un unico accesso o comunque nel minor numero possibile di accessi per il paziente.

Al paziente viene in ogni caso consegnata la prenotazione che riporta le sedi, le date e gli orari degli accertamenti richiesti e le eventuali preparazioni necessarie per eseguirli.

2.2.1.3 Strumenti di gestione dei percorsi di tutela

In caso di indisponibilità di offerta entro i tempi massimi previsti per classe di priorità, il CUP deve prevedere strumenti automatici di gestione dei percorsi di tutela previsti dal PNGLA 2026-28, anche attraverso offerta aggiuntiva che viene utilizzata come riserva solo per queste situazioni di particolare criticità.

Uno degli strumenti che è possibile utilizzare per rispondere a particolari criticità (come, ad esempio, la temporanea saturazione delle agende per la classe di priorità richiesta nonostante l'ampliamento dell'orizzonte temporale di prenotabilità), per cui il paziente non riesca a ricevere alcuna prenotazione, sono le **preliste**, su cui il cittadino viene registrato e viene ricontattato dal CUP che gli fornirà l'appuntamento con una tempistica che consenta di rispettare la priorità definita dalla prescrizione.

L'inserimento in prelista prevede l'accettazione da parte del cittadino, il quale dovrà fornire un recapito e modalità di contatto (n. telefono, e-mail, FSE) attraverso il quale essere contattato per la comunicazione dell'appuntamento.

Le regole di attivazione, di tracciabilità, di richiamata e di gestione degli appuntamenti delle Preliste di primo accesso, devono essere le medesime in un qualunque canale di prenotazione CUP.

Le Preliste prevedono la registrazione delle richieste in un elenco progressivo in ordine cronologico per data di primo contatto al punto di prenotazione. Per l'inserimento in tali preliste è necessario registrare i dati utili del cittadino (ad esempio ricetta, anagrafica, recapito di riferimento, data di contatto).

In caso di prescrizione dematerializzata la ricetta deve essere presa in carico al fine di essere ricontattato per la proposta di assegnazione dell'appuntamento, quindi non prenotabile in altre strutture.

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, e quindi quella di inserimento in prelista.

Al momento del primo contatto, nel caso di impossibilità di prenotazione immediata, al cittadino devono essere comunicati la possibilità di essere inserito in prelista e il tempo massimo entro cui verrà ricontattato per fissare l'appuntamento. In particolare, per le preliste di "primo accesso", la prenotazione va comunicata al cittadino entro 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 20 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 il diritto del cittadino di ricevere la prestazione entro i tempi massimi previsti dalla classe di priorità.

I casi inseriti in prelista vengono gestiti nel back office del sistema CUP; tra le possibili azioni da intraprendere:

1) riutilizzo di potenziali posti liberi nelle agende e nuovi slot di prestazioni aggiuntive
2) prenotazione in agende ALPI appositamente previste per i percorsi di tutela
3) prenotazione in agende del privato accreditato appositamente previste per i percorsi di tutela.

Più in particolare, le preliste possono essere attivate in 2 casi:

1) primi accessi: (assenza di disponibilità nell'ambito di garanzia così dette preliste di primo accesso) è la prelista finalizzata a gestire le reali impossibilità di prenotazione di prestazioni in primo accesso entro i tempi previsti dalla classe di priorità. La modalità di attivazione, di tracciabilità, di richiamata e di gestione degli appuntamenti delle Preliste di primo accesso, devono essere le medesime in un qualunque canale di prenotazione CUP (sportello, telefonico, farmacia, web, ecc). I tempi di attesa di queste preliste sono oggetto di monitoraggio.

1) accessi successivi (Prelista accesso successivo): è la prelista che può essere utilizzata in caso di assenza di disponibilità per le prestazioni da presa in carico a cui accede lo specialista/struttura che ha in carico il cittadino.

Fatto salvo il diritto del cittadino a ricevere la prestazione presso qualunque ambito territoriale, per i cittadini che si rivolgono ad un ambito di garanzia diverso dal proprio (che è definito dalla residenza/assistenza), l'azienda a cui si rivolgono potrà stabilire se registrarli sulla prelista qualora lo ritenga opportuno, considerato che non necessariamente saranno rispettati gli standard di attesa. In questo caso è necessario comunicare al cittadino che l'attesa prevista potrebbe essere molto lunga e che potrebbe non ottenere la prestazione entro i tempi massimi di attesa.

Criteri di scorrimento della prelista

Le richieste dei cittadini inseriti in prelista devono essere valutate in back office in ordine cronologico rispetto alla data di inserimento e in ordine di priorità o delle tempistiche indicate dallo specialista.

I *criteri di scorrimento* possono essere stabiliti dall'azienda a seconda del tipo di prestazione, e della modalità di gestione della prelista secondo un criterio cronologico ovvero a parità di priorità si prendono in carico gli inserimenti con la data di primo contatto precedente, in coerenza con la priorità indicata dal prescrittore.

La prenotazione dell'appuntamento (terminata la permanenza in prelista) deve essere comunicata o attraverso un sistema automatico, o secondo quanto fornito come recapito dal cittadino, Il cittadino, che non può recarsi all'appuntamento fornito, potrà gestire questa prenotazione spostandola tramite gli ordinari canali di prenotazione.

Le preliste devono essere monitorate e revisionate costantemente con una frequenza specifica a seconda delle priorità delle richieste pervenute.

2.2.1.4 Gestione delle sospensioni temporanee di erogazione

Il realizzarsi di situazioni che impediscono l'erogazione delle prestazioni rappresenta un evento che si può verificare in qualunque contesto e per molte cause (es. guasto macchina, eccezionale indisponibilità del personale, ecc.). L'impossibilità dell'erogazione, per la tipologia di motivi accennati, non deve tuttavia impedire in alcun modo l'attività di prenotazione, anche quando non sia noto il momento esatto di erogabilità della prestazione richiesta.

Le prenotazioni interessate dalla sospensione, devono essere riprogrammate nel momento in cui è ripristinata l'attività di erogazione. Qualora le sospensioni di erogazione abbiano effetto anche sulla disponibilità di calendario, in sede di prenotazione, è possibile prevedere la gestione dei pazienti tramite prelista, come descritto al paragrafo 2.2.1.3.

2.2.1.5 Gestione delle prestazioni cicliche

Una delle caratteristiche sicuramente più complesse da gestire in un Sistema CUP è costituita dalla programmazione delle prestazioni erogabili all'interno di un unico ciclo di trattamento. Strumenti atti a garantire la completa programmazione di un ciclo distribuito su un arco temporale compatibile con il piano di cura previsto dal medico, e conciliabile con le esigenze del servizio erogante, possono risultare fortemente vincolanti per i singoli erogatori chiamati a fornire le prestazioni richieste. Adattamenti progressivi portano a definire quindi modalità diverse di funzionamento, modulabili a livello di singolo punto di erogazione.

Le funzionalità dei CUP per la gestione delle prestazioni cicliche devono tener conto delle specifiche tecniche vigenti per la ricetta dematerializzata.

2.2.1.6 Avvertenze di prenotazione e preparazioni

La gestione di un'agenda prevede anche la gestione di avvertenze per eseguire correttamente la prenotazione, e delle modalità di preparazione da comunicare al paziente per la corretta effettuazione della prestazione.

A livello di CUP aziendale, per ogni prestazione è necessario individuare le modalità di preparazione che devono essere sempre aggiornate e rese disponibile al sistema al fine di renderle accessibile da tutti i punti di prenotazione indipendentemente dalla postazione.

2.2.1.7 Profili di accesso alle agende

È necessario prevedere la visibilità a CUP delle agende, pur con differenti profili di prenotabilità, nei diversi punti di prenotazione. Il profilo dell'operatore che effettua la prenotazione individua a quali prestazioni/agende è abilitato ad accedere per effettuare la prenotazione in funzione di eventuali vincoli specifici.

Tutti i profili di accesso al sistema CUP hanno la possibilità di visualizzare tutte le informazioni contenute nelle agende, ma non tutti hanno la possibilità di accedervi per effettuare la prenotazione; in particolare i profili possono riservare l'accesso in base a:

- determinate prestazioni;
- specifiche agende/strutture/azienda;
- l'ambito di percorsi specifici;
- determinate priorità di accesso.

Si possono individuare sia profili che riguardano una sola casistica, sia che risultano dalla combinazione logica di quelle suindicate.

A seconda del profilo che vi accede le agende si possono distinguere in:

- agenda prenotabile da operatori CUP (di sportello, farmacia, o di call center);
- agenda prenotabile da altri operatori quali medico di famiglia, specialista dell'azienda, operatori sanitari, infermieri, ecc.;
- agenda prenotabile da sistema esterno (ad esempio CUPWEB).

2.2.2 Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione

Di seguito alcune azioni a supporto dei punti di prenotazione e di erogazione:

- comunicazione agli operatori del CUP e/o ai servizi erogatori, delle eventuali variazioni dell'offerta sanitaria e delle procedure di prenotazione, ad esempio: apertura ed estensione delle agende, attivazione di nuove prestazioni in prenotazione, modifica delle avvertenze all'operatore, modifica delle procedure di prenotazione o della normativa, ecc.;
- comunicazione ai servizi erogatori, nel caso in cui non dispongano di un accesso diretto al Sistema, di informazioni aggiuntive, quali ad esempio: l'avvenuto pagamento del ticket, promemoria in merito all'obbligo, da parte dell'utente, di produrre alla unità erogante l'attestazione dell'avvenuto pagamento del ticket;

2.2.3 Monitoraggio per il governo delle liste di attesa

I Sistemi CUP, dotati di strumenti di monitoraggio e controllo dei tempi di attesa in grado di fornire dati sull'attività di prenotazione, sui tempi di attesa e sui volumi, verificano i livelli di saturazione dell'offerta per un'eventuale riprogrammazione delle disponibilità di calendario in agenda.

Il Sistema CUP deve essere inoltre in grado di registrare e produrre le informazioni necessarie per la corretta alimentazione dal flusso informativo ex ante previsto dal PNGLA 2026-28, con particolare riferimento a:

- Cittadino;
- Erogatore;
- Struttura Prima disponibilità;
- Prescrizione;
- Tempo di attesa.

È necessario prevedere una serie di parametri minimi da tenere sotto osservazione al fine di garantire una buona programmazione (livello di saturazione dell'agenda complessivo, per singola prestazione, per fasce di priorità; indice di performance, ecc.; lo stesso vale per agende con prestazioni simili in un ambito territoriale specifico fino a quello aziendale/provinciale).

È da considerare tra i requisiti minimi del Sistema CUP, anche la possibilità di trattare le informazioni relative ai tempi di attesa e agli altri parametri a diversi livelli di aggregazione collegati alle articolazioni organizzative delle singole Aziende (distretti o altro).

2.2.3.1 Rimodulazione dell'offerta

Al fine di garantire un sistema di offerta congruo con i comportamenti dell'utenza, è necessario prevedere dei sistemi di monitoraggio costante e tempestivo dell'andamento della domanda che consentano di rimodulare di conseguenza l'offerta.

Tale rimodulazione, che prevede possibili riconfigurazioni delle sessioni ambulatoriali attraverso l'individuazione di soluzioni adeguate, si può quindi basare su:

- verifica dell'andamento della domanda;

- verifica per ciascuna agenda, del "tasso di non presentazione" rispetto al piano di lavoro;

- misura dell'overbooking.

2.2.4. Riscontro dell'erogazione

Affinché i sistemi CUP siano in grado di valutare i tassi di non presentazione è necessario che da parte dei servizi erogatori siano restituite le informazioni riguardo alla mancata erogazione di prestazioni prenotate.

Questo presuppone, da un lato, l'integrazione degli applicativi di prenotazione e di erogazione, dall'altro, l'implementazione di procedure operative che consentano la registrazione di queste informazioni.

In particolare, quindi l'integrazione degli applicativi di prenotazione e di erogazione consente di:

1. verificare la congruenza dell'offerta resa disponibile rispetto a quanto effettivamente prodotto;

2. misurare il tasso di non presentazione per ciascuna azienda al fine di individuare situazioni i cui sia necessario riprogrammare l'offerta;

3. raccogliere le informazioni necessarie per attuare le previsioni del comma 7 art. 3 del DL 73/2024 nei confronti dei cittadini che non hanno consentito il recupero del posto a causa della mancata disdetta.

Per facilitare la gestione del processo è necessario che il CUP metta a disposizione dei servizi erogatori tutte le informazioni contenute nella ricetta (quesito diagnostico, esenzione, priorità, ecc.) integrate dell'identificativo di prenotazione ed eventuali altre informazioni riguardanti l'appuntamento fissato (data e ora ecc).

In particolare, per garantire la tracciabilità sull'intero percorso, il flusso di informazioni che il sistema CUP trasmette ai servizi erogatori deve includere:

- l'identificativo di prenotazione;
- l'identificativo di ogni singola prestazione associata;
- il quesito diagnostico;
- il codice ricetta.

Tale flusso deve essere, inoltre, il più possibile sincrono rispetto al momento della prenotazione/disdetta.

Qualora una prestazione non venga erogata per motivi organizzativi dell'azienda, è opportuno che venga spostato l'appuntamento, fornendone uno nuovo che consenta di recuperare tutti i dati della ricetta che ha dato origine al primo appuntamento, affinché la prestazione non erogata non rimanga senza esito.

Le informazioni generate in fase di prenotazione e in fase di erogazione devono infine essere integrate affinché sia possibile risalire all'esito dell'erogazione di ciascuna prenotazione.

A tale scopo le possibili soluzioni operative sono:

1. integrazione tra gli applicativi che registrano l'erogato ed il CUP, in modo che tutte le informazioni relative all'erogazione confluiscano su quest'ultimo;

2. utilizzo di un concentratore di dati esterno, su cui confluiscono tutte le informazioni puntuali relative sia alla prenotazione sia all'erogazione.

A prescindere dalla scelta adottata, ciascuna soluzione di integrazione deve in ogni caso prevedere la tracciabilità delle informazioni inerenti alle agende, al fine di consentire, anche, la riprogrammazione puntuale dell'offerta e l'utilizzo dell'overbooking.

La prima soluzione ha il vantaggio di poter effettuare verifiche necessarie sull'erogato in tempo reale in fase di prenotazione (utile, ad esempio, nel caso di densitometria e screening), mentre la seconda soluzione ha il vantaggio di non sovraccaricare di informazioni il CUP con eventuale rallentamento dell'operatività.

2.3. Front-office: accesso ai servizi e gestione del processo di prenotazione

2.3.1 Canali di accesso/fruizione del Sistema CUP

Nella progettazione di un Sistema CUP è importante realizzare un'offerta più ampia possibile di canali di accesso, al fine di garantire il più elevato livello possibile di fruibilità per il cittadino. Ciò si realizza mediante l'implementazione delle seguenti modalità di fruizione:

- sportello sito presso una struttura erogatrice con operatore;
- un numero telefonico dedicato a cui si può rivolgere l'utente per effettuare la prenotazione parlando con un operatore di call center o con l'assistenza dell'intelligenza artificiale (IA), che consente di azzerare l'attesa telefonica;
- prenotazioni WEB effettuate direttamente dall'utente, tramite portale web su sito aziendale o regionale o app per smartphone;
- prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari/amministrativi per gestire la presa in carico;
- prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate, integrate con il Sistema CUP;
- prenotazioni ad uno sportello CUP sito in strutture convenzionate (Associazioni Mediche, Istituti accreditati, Associazioni di Volontariato, Comuni, ecc.) integrate con il sistema CUP.

Le regioni e le province autonome devono promuovere l'attivazione delle soluzioni digitali che consentano all'utente di prenotare autonomamente.

2.3.2 Il processo di prenotazione

Il processo di prenotazione, che deve prevedere la possibilità di recuperare tutti i dati contenuti nella prescrizione elettronica attraverso il codice identificativo NRE (Numero Ricetta Elettronica) o l'uso della Tessera Sanitaria, riguarda la registrazione delle seguenti informazioni:

- *identificazione dell'assistito*, che ha per obiettivo il riconoscimento dell'utente nell'anagrafe di riferimento o l'inserimento dello stesso, anche nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della Privacy;
- *inserimento delle prestazioni*, che ha per obiettivo la ricerca e la selezione delle prestazioni da prenotare;
- *prenotazione delle prestazioni selezionate*, che ha per obiettivo la ricerca delle disponibilità e delle strutture in grado di erogare tali prestazioni, nonché la conseguente conferma della prenotazione, in coerenza con i criteri definiti per le diverse tipologie di accesso (regime di erogazione, ambito territoriale di garanzia, priorità di accesso, prestazione garantita per il tempo massimo, prestazione erogata da struttura di secondo livello, libera scelta dell'utente, ecc.);
- *contabilizzazione e cassa*.

La prenotazione di prestazioni in regime di Libera Professione deve avere gestione separata rispetto alla prenotazione in regime SSN, anche se effettuata con il medesimo sistema CUP.

Di seguito sono riportati in maggior dettaglio i contenuti delle singole fasi del processo standard di prenotazione e le principali specifiche funzionali con l'aggiunta dell'eventuale disdetta dell'appuntamento fissato.

2.3.2.1 Identificazione dell'assistito

Il Sistema CUP deve consentire di recuperare in maniera automatica tutte le informazioni anagrafiche dell'utente (codice identificativo o cognome e nome, sesso, comune e data di nascita) e la relativa residenza tramite il codice NRE o l'uso della Tessera Sanitaria, assicurando una corretta ed univoca identificazione dell'utente.

In ogni caso, il personale addetto al sistema CUP, si avvale di un'anagrafe centralizzata interconnessa in tempo reale con il Servizio di Anagrafica Nazionale degli Assistiti (ANA)

Ai fini dell'espletamento della prenotazione, è necessario che attraverso l'utilizzo delle funzionalità offerte dai sistemi di anagrafica, venga individuato un unico utente.

2.3.2.2 Inserimento delle prestazioni

Per migliorare i tempi di erogazione del servizio l'operatore può effettuare ricerche con differenti modalità:

- per codice prestazione;
- per elementi descrittivi;
- altre modalità (es. per tipologia, branca, sinonimi, ecc).

Naturalmente nei casi in cui il processo di acquisizione delle informazioni contenute nella prescrizione è completamente automatizzato, non occorre effettuare la ricerca in quanto viene riconosciuto direttamente il codice della prestazione.

2.3.2.3 Prenotazione

La prenotazione delle agende avviene secondo criteri di scorrimento temporale senza discontinuità, offrendo, per i primi accessi, in prima istanza all'utente il primo posto libero estrapolato dall'intera offerta disponibile, nell'ambito territoriale di garanzia dell'assistito (in base alla residenza/assistenza), e successivamente le ulteriori disponibilità, qualora l'utente ne faccia richiesta, in coerenza con i criteri definiti per l'accesso alle diverse tipologie di prestazioni (regime di erogazione, **ambito territoriale di garanzia**, priorità di accesso, prestazione garantita per il tempo massimo, prestazione erogata da struttura di secondo livello, libera scelta dell'utente, ecc.). La prenotazione degli accessi successivi avviene di norma a carico dello specialista/struttura che ha in carico il paziente, qualora avvenga tramite operatore CUP deve consentire il rispetto delle tempistiche indicate dallo specialista.

Il Sistema CUP tiene traccia della scelta operata dall'utente al fine di effettuare successive verifiche, anche attraverso un confronto con la prima offerta prospettata. In particolare, il Sistema CUP, dove possibile, registra l'eventuale rifiuto della proposta di appuntamento da parte del Cittadino, qualora tale proposta non rispetti il tempo massimo di attesa definito nella classe di priorità.

Il Sistema CUP, infine, gestisce la richiesta di prestazioni multiple – cioè, prescritte sulla medesima ricetta o su più ricette ma presentate nello stesso momento - cercando la prima data utile in modo da effettuare le stesse contestualmente oppure altre date utili ad effettuare le prestazioni in tempi differiti, se l'utente ne manifesta l'esigenza.

La prescrizione, una volta prenotata la prestazione, rimane presa in carico dal sistema, "bloccata", al fine di evitare l'utilizzo della medesima prescrizione per altre prenotazioni.

La prenotazione di prestazioni in regime di Libera Professione deve essere effettuata con il medesimo sistema CUP pur avendo una gestione separata rispetto alla prenotazione in regime SSN.

Tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale con prescrizione, comprese quelle che sono ad accesso diretto dell'assistito, devono essere esposte nel sistema CUP e prenotabili.

Ambito territoriale di garanzia

Almeno per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio e almeno per i primi accessi è necessario prevedere un automatismo dei sistemi CUP che, in base alla prestazione richiesta e alla residenza dell'utente, consenta l'individuazione del suo ambito territoriale di garanzia (zonale/distrettuale/aziendale), ovvero l'ambito entro il quale deve essere garantito il tempo di attesa, coerentemente con quanto previsto dal piano aziendale.

L'ambito territoriale di garanzia per una determinata prestazione rappresenta l'area geografica sulla quale sono ubicate tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano quella prestazione e che di conseguenza la devono rendere disponibile come offerta sul sistema CUP.

Qualora, comunque, vi siano pazienti assistiti ma non residenti, il sistema CUP deve prevedere le medesime garanzie e regole applicate ai pazienti residenti.

Ai cittadini non residenti e non assistiti nell'ambito territoriale presso cui effettuano la prenotazione, viene prospettata l'offerta disponibile considerando che non rientrano nell'ambito territoriale di garanzia di appartenenza.

È necessario tenere conto dell'ambito territoriale di garanzia durante il processo di prenotazione distinguendo tra l'utente che accetta la disponibilità proposta dall'azienda e l'utente che invece sceglie di prenotare presso un'altra struttura pur uscendo dal sistema di garanzie proposto dall'azienda.

A prenotazione avvenuta, quindi, il Sistema CUP è opportuno tenga traccia della prima disponibilità prospettata all'utente e della scelta da lui effettuata, in quanto dalla combinazione di queste informazioni è possibile effettuare successive verifiche inerenti al monitoraggio dei tempi di attesa.

2.3.2.4 Contabilizzazione e cassa

Al fine di agevolare il più possibile il cittadino è necessario prevedere, in tutti i punti di prenotazione, la possibilità di effettuare direttamente il pagamento (a cui si aggiungono altri possibili canali di pagamento, in particolare quelli digitali come servizi web, PagoPA, la cui attivazione deve essere promossa dalle Regioni e dalle Province Autonome, oltre a uffici postali, ricevitorie ecc). È inoltre opportuno attivare procedure gestionali che permettano all'utente di pagare non solo le prestazioni erogate dall'Azienda a cui il punto di prenotazione fa riferimento (es. ASL), ma anche quelle erogate da altre Aziende per le quali è possibile prenotare le prestazioni, in modo da permettere all'utente di pagare in un'unica soluzione le prestazioni prescritte nella ricetta (ad una ricetta deve corrispondere un ticket). Al momento della contabilizzazione è necessario considerare eventuali compartecipazioni alla spesa da parte del cittadino, che possono essere differenziate per ciascuna realtà regionale, e soggette ad evoluzioni nel tempo (cfr. D.lgs 112, art. 79 e relativo Decreto Interministeriale).

Il sistema CUP dispone della tabella delle esenzioni sempre aggiornata con il collegamento alle prestazioni per cui si ha diritto all'esenzione nel momento in cui queste siano declinate in maniera dettagliata (ed esempio l'esenzione per gravidanza in cui il sistema verifica la congruità dell'esenzione in base al periodo di gravidanza indicato nella prescrizione).

Il Sistema CUP deve garantire flessibilità, al fine di gestire separatamente le singole operazioni di contabilizzazione, cassa e conferma dell'erogato (ovvero consentirne l'accesso anche al di fuori di sequenze

predefinite). Inoltre, laddove opportuno, le stesse funzioni di contabilizzazione, cassa e conferma dell'erogato, devono poter essere effettuate in rapida sequenza, attraverso appositi scambi di messaggi tra i relativi sistemi.

È necessario che il pagamento, quando dovuto, avvenga prima dell'erogazione della prestazione, in tutti i casi i cui la prestazione sia programmata con appuntamento. Solo per le prestazioni aggiuntive, in accettazione diretta senza prenotazione o in urgenza è possibile provvedere dopo l'erogazione.

2.3.2.5 Gestione delle disdette

L'utente che non ha intenzione di presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire la prenotazione in tempo utile (**almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione**), al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo disponibile, prevedendo specifiche procedure di riprogrammazione degli appuntamenti.

In particolare, sono comprese in tale regola le prestazioni specialistiche, urgenti differibili, di primo accesso e programmate (controlli, follow up, 2° livello), prenotate dal cittadino attraverso qualunque punto CUP o prenotate direttamente dal prescrittore/struttura. Non sono oggetto di sanzione le prestazioni urgenti 24h e tutte quelle prestazioni per le quali intercorrono al massimo due giorni lavorativi tra la data di prenotazione e l'appuntamento.

Premesso che al momento della prenotazione è necessario informare l'utente anche sulle procedure di disdetta, l'Azienda deve, ai sensi dell'art. 3 comma 5 del Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, favorire l'accessibilità ai servizi di disdetta prevedendo quante più modalità possibili tra quelle elencate di seguito:

- tramite call center, con fasce orarie di accesso ampie;
- automatizzata, senza supporto dell'operatore;
- tramite Internet, con portali aziendali che offrano funzionalità di disdetta on-line, anche tramite e-mail;
- prevedendo accessi preferenziali agli sportelli di prenotazione;
- tramite app per smartphone.

Al fine di ottimizzare l'utilizzo delle agende è inoltre necessario prevedere opportuni meccanismi di notifica, aventi funzione di promemoria nei confronti dell'utente (es. SMS, e-mail), e per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata.

Ciascuna Azienda sanitaria è tenuta a fornire una notifica al cittadino attestante l'avvenuta disdetta, qualunque strumento sia stato utilizzato per effettuare la disdetta stessa.

Nel caso di disdetta telefonica o allo sportello/farmacia/UO/struttura si può prevedere una notifica equivalente ad un codice identificativo (codice disdetta). Nel caso di disdetta on line, viene inviata una notifica tramite mail. In ogni modo è necessario che l'azienda sia in grado di tracciare tutte le disdette attraverso tutti i canali. Il cittadino è tenuto a conservare la notifica come documento comprovante la disdetta effettuata.

Nel caso in cui l'utente non si presenti nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento all'erogatore della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita (comma 7 art. 3 del DL 73/2024).

In particolare, **le Regioni devono disciplinare con apposito atto l'obbligo di disdetta** delle prenotazioni specialistiche e ambulatoriali specificando: l'oggetto di sanzione, le modalità operative per l'accertamento e l'applicazione della sanzione, le cause di giustificazione per la mancata disdetta, i casi previsti per la rinuncia

alla riscossione dei crediti derivanti dall'applicazione della sanzione, l'utilizzo degli importi riscossi. Le aziende sanitarie devono contemplare tale fattispecie di sanzione nella procedura aziendale di recupero crediti.

Le procedure di conferma e cancellazione e di pagamento del costo della prestazione in caso di mancata disdetta sono rese conoscibili nell'ambito della Carta dei Servizi.

L'Azienda USL può non avviare il procedimento di riscossione della sanzione per quei casi che in via preventiva trasmettono il documento attestante una valida giustificazione della mancata presentazione all'appuntamento. In sede di accertamento l'Azienda USL ha la possibilità di scartare dall'avvio del procedimento coloro che hanno esibito idonea documentazione comprovante i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta tra i quali si citano, ad esempio:

- avvenuto decesso dell'interessato, comunicato dagli eredi;
- lutto per decesso di familiare (fino al secondo grado di parentela, il coniuge o i conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare e se l'evento avviene entro due giorni lavorativi antecedenti alla data della prestazione);
- ricovero in una struttura sanitaria P.S. o altri motivi di salute (che possono riguardare l'interessato o i familiari entro il secondo grado di parentela, il coniuge o i conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare);
- motivi di salute (attestato dal certificato medico curante);
- incidente stradale (debitamente comprovato)

nello stesso modo in cui è tenuta a scartare coloro che ad es. alla data dell'appuntamento erano ricoverati presso le proprie strutture o coloro che avevano effettuato un accesso presso il proprio Pronto Soccorso, così come la sanzione viene annullata anche in presenza di giustificativo del servizio CUP che attesti l'avvenuta disdetta da parte dell'utente nei tempi previsti dalla legge o l'avvenuto spostamento dell'appuntamento.

È necessario che il regolamento regionale relativo alla disdetta preveda e disciplini sia le modalità per giustificare la mancata disdetta ed evitare l'applicazione della sanzione prima di ricevere la notifica del verbale sia per richiedere l'annullamento della sanzione, qualora fosse già stato emesso verbale, da presentare entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della notifica, oltre che le procedure la presentazione dei giustificativi.

3. PRIVACY E TRASPARENZA

3.1. Privacy

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Disciplinare Europeo n. 679/2016 (di seguito GDPR) il trattamento di dati sanitari può essere effettuato, senza richiedere il consenso del cittadino, qualora il trattamento sia compiuto per finalità di assistenza sanitaria e di terapia da parte di professionisti della salute e se i dati sanitari sono trattati da o sotto la responsabilità di un professionista soggetto al segreto professionale.

Il trattamento dei dati da parte delle Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere e dei Soggetti privati accreditati deve svolgersi nel rispetto dei diritti e libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza delle informazioni e alla protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali sarà, quindi, improntato a principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali i dati stessi sono raccolti.

L'informativa prevista deve essere esposta in tutti i punti di prenotazione CUP. Se la prenotazione avviene via web, call center o app l'informativa deve essere fornita con specifica modalità.

I soggetti esterni alle Aziende Sanitarie, come ad esempio le Farmacie aperte al pubblico, che effettuano attività di prenotazione, devono essere designati dal Titolare del trattamento dei dati personali, quali "Responsabili del trattamento dei dati".

3.2. Trasparenza

Tutti i cittadini che lo desiderano devono poter rilevare informazioni sul portale regionale, riguardanti le prenotazioni e i tempi di attesa di tutte le prestazioni istituzionali e libero professionali, aggiornate in tempo reale.

Il sistema CUP deve garantire la trasparenza delle liste d'attesa sulla base delle classi di priorità.

Deve inoltre essere assicurata la gestione di eventuali segnalazioni di disservizi, reclami o contestazioni che possono essere effettuate dal cittadino all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) previa compilazione di apposita modulistica.

4. ASPETTI DI NATURA INFORMATIVO-SEMANTICA

4.1 Archivi "anagrafici" di base a supporto del corretto funzionamento del servizio di prenotazione

Il corretto funzionamento del Sistema CUP si basa sulla necessità di avere a disposizione degli archivi anagrafici che permettano una corretta programmazione dell'offerta sanitaria, in tutto l'ambito di pertinenza del Sistema stesso, per le varie tipologie di strutture e per i diversi regimi di erogazione e fattispecie di prestazioni erogabili. A tali fini, i principali archivi da implementare e gestire sono i seguenti:

- catalogo generale delle prestazioni erogabili: catalogo delle prestazioni che contiene, tra le altre informazioni, la denominazione delle prestazioni erogabili, la codifica, la branca di appartenenza, varie informazioni inerenti la tariffazione, nonché aspetti di carattere organizzativo (ad esempio: ciclicità della prestazione, numero massimo di sedute, note sulla prestazione), etc.;
- anagrafe delle strutture: anagrafe delle strutture e della relativa articolazione organizzativa in termini di unità operative semplici e complesse. Contiene oltre ai dati anagrafici delle strutture e delle unità operative, informazioni inerenti al tipo di assistenza, le prestazioni erogabili, vari aspetti di tipo organizzativo, etc.;
- Anagrafe degli assistiti: deve essere previsto un collegamento con l'anagrafe regionale degli assistiti o l'anagrafe nazionale quando disponibile (ANA).
- anagrafe medici prescrittori: anagrafe dei soggetti che prescrivono le prestazioni oggetto di prenotazione. Contiene, oltre ai dati anagrafici ed ai pertinenti riferimenti organizzativi, informazioni in merito alla tipologia di assistenza prestata, etc.;
- anagrafe medici eroganti le prestazioni: anagrafe dei soggetti eroganti le prestazioni (specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, ecc.). Contiene, oltre ai dati anagrafici ed ai relativi riferimenti organizzativi, informazioni in merito alla tipologia di specializzazione, alla tipologia di rapporto con il SSN, etc.;

- elenco delle avvertenze per la prenotabilità della prestazione: elenco delle indicazioni che permettono all'operatore CUP di effettuare correttamente la prenotazione (es. esami propedeutici all'effettuazione della prestazione richiesta);
- catalogo delle preparazioni dell'utente alle prestazioni: contiene informazioni in merito a particolari modalità di preparazione da parte dell'utente, necessarie nel caso di specifiche prestazioni;
- archivio convenzioni, listini e tariffe: anagrafe relativa alle condizioni inerenti soggetti erogatori pubblici, privati accreditati e/o particolari regimi di erogazione (specialistica ambulatoriale, ricoveri ordinari, day hospital, intramoenia, ecc.).

Gli archivi anagrafici sono fondamentali sia per il corretto funzionamento del servizio di prenotazione sia per il corretto funzionamento del servizio di monitoraggio, per il quale sono rilevanti i contenuti informativi e gli indicatori descritti nel capitolo 5 "Indicatori del CUP" del presente documento. Al fine di garantire il corretto funzionamento, nonché il monitoraggio ed il benchmarking interno dei servizi di prenotazione, è necessario che gli archivi anagrafici siano opportunamente uniformati affinché contengano informazioni omogenee, rappresentate con le medesime codifiche e classificazioni.

4.2 Modalità di condivisione del catalogo delle prestazioni prenotabili

Elemento differenziante il catalogo integrato rispetto al catalogo unificato è la possibilità di effettuare una corrispondenza univoca tra le prestazioni di ogni singolo catalogo aziendale e quelle di un sovra-catalogo interaziendale (**catalogo regionale**). Questa soluzione salvaguarda le specificità aziendali grazie alla non invasività dell'integrazione. In altre parole, l'operatore del CUP Aziendale può continuare ad utilizzare il proprio catalogo anche per le prestazioni associate all'offerta prenotabile in "Circolarità". A livello interaziendale, infatti, le prestazioni aziendali risultano associate a prestazioni del catalogo "Integrato". Tale situazione risulta applicabile nel rapporto tra ciascuna Azienda e il CUP Interaziendale e, per il tramite di questo, tra un'Azienda e l'altra, a patto che le due realtà siano entrambe inserite nel Sistema CUP Interaziendale.

Una soluzione semantica efficace per la costruzione del catalogo integrato è rappresentata dall'utilizzo di sinonimi di una prestazione, ovvero termini in uso corrente nel gergo medico che sono equivalenti della descrizione della prestazione in questione. Nel costruire la banca dati dei sinonimi del CUP Integrato, oltre a seguire questa logica, sono da considerare sinonimi anche i codici mnemonici ed i codici aziendali delle prestazioni, oltre che le descrizioni aziendali delle stesse prestazioni, in modo da facilitare la ricerca delle medesime, anche quando i codici interni e quelli mnemonici non sono familiari agli operatori, almeno in una fase iniziale.

Tali funzionalità integrative non risultano essere più necessarie nel momento in cui il catalogo aziendale coincide o è correlato con il catalogo utilizzato dai prescrittori/**catalogo regionale**.

5. INDICATORI RESI DISPONIBILI DAI SISTEMI CUP

L'analisi statistica dei dati rappresenta un'attività fondamentale per il governo effettivo del sistema di gestione degli accessi. Di seguito sono individuati alcuni possibili indicatori:

- numero di punti di prenotazione attivati all'interno delle strutture erogatrici o altri punti di prenotazione (farmacie, ambulatori medici);
- numero di utenti e di accessi medi giornalieri;
- numero di prenotazioni effettuate;

- saturazione delle agende;
- misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate;
- statistiche di prenotazioni/prestazioni prenotate, dettagliate/sintetiche, raggruppate per struttura, unità erogante, punti di prenotazione, ecc.;
- rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente.
- Numero preliste attive (se presenti)
- variazioni dei volumi di offerta;

Accanto alle analisi di natura statistica, sono previste estrazioni di dati utili per supportare servizi e per alimentare flussi informativi indirizzati ai diversi livelli organizzativi (es. SSR, SSN).

ALLEGATO C

APPROCCIO METODOLOGICO AL MODELLO RAO PER I RICOVERI PROGRAMMATI

Indice

Razionale e obiettivi del lavoro 3
Metodologia 4
Fonti 5
Appendice 6
Analisi retrospettiva 6
Procedura di record-linkage 6
Tabelle 7
Tabelle RAO 10

Razionale e obiettivi del lavoro

Il metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni in base a criteri clinici espliciti, attraverso l'assegnazione della classe di priorità al momento del loro inserimento in Lista di Attesa.
Il Protocollo RAO – prestazioni di ricovero programmato (PRP) ha l'intento di definire in modo omogeneo, a livello nazionale, quali classi di priorità assegnare al paziente al momento dell'inserimento in Lista di Attesa per ricoveri chirurgici programmati.

La sintomatologia rappresenta il motivo scatenante la necessità di visita specialistica attraverso la quale il medico specialista valuta le condizioni cliniche del paziente e la necessità di intervenire chirurgicamente, ponendo il paziente in Lista di Attesa per intervento chirurgico programmato.
L'assegnazione della classe di priorità avviene sulla base di elementi discriminanti, quali: la tipologia d'intervento chirurgico, la diagnosi, l'età, il genere, le comorbidità rilevanti ed eventuali caratteristiche della patologia particolarmente impattanti nei rapporti sociali.

Al fine di omogeneizzare e standardizzare i criteri di assegnazione della classe di priorità, la Regione Toscana - nel documento "Criteri di attribuzione delle classi di priorità per gli interventi di chirurgia programmata", e la Regione Lazio hanno mutuato l'esperienza della regione Emilia-Romagna, adottando il seguente approccio: partendo dal nomenclatore SIGLA della Regione Emilia-Romagna per il monitoraggio delle prestazioni chirurgiche programmate e, quindi, per ciascun raggruppamento di interventi SIGLA (che, all'interno di ogni specifica disciplina, associa a ciascuna categoria diagnostica una serie di interventi chirurgici omogenei) è stata individuata una classe di priorità "iniziale", con possibilità di downgrade o upgrade in base a specifici criteri clinici (comorbidità), demografici (età e genere) oppure caratteristiche della patologia stessa particolarmente impattanti.

Pertanto, il modello applicato prevede di:

1. utilizzare la diagnosi di inserimento in Lista di attesa come punto di partenza del protocollo di assegnazione della classe di priorità;
2. implementare il nomenclatore SIGLA, che associa alla diagnosi il raggruppamento di procedure chirurgiche di inserimento in lista (il c.d. codice SIGLA), a cui corrisponderà una classe di priorità "iniziale" (predefinita, indicativa, di riferimento);
3. valutare l'adeguatezza della classe di priorità "iniziale", modulandola eventualmente in upgrade o downgrade sulla base di fattori potenzialmente discriminanti (quali età, genere, comorbidità).

Ne consegue che, gerarchicamente, la diagnosi di inserimento in Lista di attesa sarà determinante; si noti inoltre che, nel caso particolare dei tumori maligni, la classe di priorità dovrà essere sempre la A, indipendentemente dalla tipologia d'intervento chirurgico associato.

Infine, partendo dalle informazioni che sono già raccolte in fase di inserimento in Lista di Attesa quali elementi cardine per l'assegnazione della classe di priorità, nell'ottica di definire quali variabili concorrono alla più corretta assegnazione della classe di priorità in funzione delle condizioni cliniche e demografiche del paziente, sono inoltre da tenere in considerazione:

1. presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
2. casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che ha in carico il paziente.

Ai fini dell'adozione del suddetto modello a livello nazionale risulta quindi necessario raggruppare la casistica per disciplina, categorie di diagnosi e raggruppamenti di interventi chirurgici collegati, al fine di proporre un nomenclatore omogeneo, basato come struttura sul nomenclatore SIGLA, già utilizzato precedentemente a livello nazionale nelle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2". Si prevede pertanto di mantenere i codici ICD9CM e s.m.i. quale codifica di diagnosi e interventi, dai quali scaturirà l'assegnazione della classe di priorità.

Il presente documento si propone quindi di definire uno strumento efficace che consenta al medico specialista incaricato dell'inserimento del paziente in Lista di Attesa di essere supportato nella scelta della classe di priorità più adeguata.

Metodologia

La definizione dello strumento, che sarà rappresentato inizialmente in forma tabellare e poi verrà implementato nei sistemi informativi delle aziende sanitarie, seguirà i seguenti passaggi metodologici:

1) Analisi retrospettiva delle modalità di assegnazione delle classi di priorità nelle regioni italiane

Per identificare lo schema generale di attribuzione delle classi di priorità attualmente vigenti nelle varie regioni italiane si procederà come segue:

Con riferimento a ciascuna disciplina:

a) Analisi retrospettiva (da SDO – Schede di Dimissione Ospedaliera) dei ricoveri chirurgici programmati erogati a livello nazionale negli anni 2019 e 2022 (casistiche consolidate e non influenzate dall'epidemia da SARS-COV-2) per ambito di disciplina, classi diagnostiche (definite dal nomenclatore SIGLA) e raggruppamenti di interventi chirurgici associati (definiti dal nomenclatore SIGLA);
b) Per ciascun raggruppamento di interventi chirurgici (per il quale è definito un codice SIGLA univoco), confronto tra la classe di priorità "iniziale" (ovvero, classe di priorità predefinita, laddove sia stata già definita all'interno del nomenclatore SIGLA) e la classe di priorità che risulta essere stata effettivamente attribuita al ricovero chirurgico programmato (contenuta in SDO);
c) Sempre con riferimento a ciascun raggruppamento di interventi chirurgici, analisi della distribuzione dei fattori potenzialmente discriminanti (quali, età, genere e comorbidità) all'interno di ciascuna classe di priorità; i fattori associati alla classe di priorità rappresentano elementi di downgrade o upgrade.

Le tabelle in *appendice* mostrano lo schema generale dell'analisi retrospettiva (*Tabella A*) e un esempio su dati reali (*Tabella B*).

Le eventuali correlazioni/associazioni tra la classe di priorità e le caratteristiche demografiche (età, genere) e cliniche (indice di comorbidità) saranno investigate mediante opportune analisi descrittive. La correlazione tra la classe di priorità (variabile ordinale) e le variabili età e indice di comorbidità (variabili continue) sarà valutata mediante indice di correlazione di Spearman. L'associazione tra la classe di priorità e il genere (varabile dicotomica) sarà invece indagata tramite il test del Chi Quadrato o il test esatto di Fisher, a seconda della distribuzione della casistica. Qualora si voglia quantificare la forza dell'eventuale associazione tra le variabili verranno implementati dei modelli di regressione logistica ordinale.

L'analisi illustrata fin qui presuppone l'implementazione di una procedura di record linkage tra il flusso SDO e il flusso SIGLA. Si rimanda all'appendice per ulteriori dettagli metodologici.

2) Tabelle RAO: definizione della **classe di priorità iniziale** e degli eventuali criteri di **upgrade/downgrade**

Lo schema definito al punto precedente (basato sull'analisi della casistica retrospettiva e illustrato tramite le *Tabelle A* e *B* in appendice), specifico per singola disciplina, sarà sottoposto a valutazioni cliniche, metodologiche e operative da parte dei medici specialisti e degli esperti in materia, al fine di definire:

a) la classe di priorità "inziale". Nel caso in cui essa fosse già stata definita all'interno del nomenclatore SIGLA, si provvederà alla conferma o all'aggiornamento/modifica della stessa; nel caso invece non fosse stata definita, l'informazione verrà integrata.
b) Eventuali fattori di upgrade/downgrade desumibili dalle caratteristiche demografiche (età e genere) e cliniche (indice di comorbidità) riportate nelle tabelle illustrate al punto 1 (*Tabella A* e *Tabella B*).
c) Eventuali ulteriori fattori di downgrade/upgrade derivanti dalle caratteristiche della patologia che risultino essere particolarmente impattanti nei rapporti sociali, con gravi ricadute psicologiche, ecc
d) Eccezioni: definizione delle caratteristiche di eventuali casi particolari.

La *Tabella C* in appendice mostra lo schema finale (Tabella RAO), comprensiva delle valutazioni scaturite dall'analisi dei dati retrospettivi (punto 1) e integrate con gli elementi di cui sopra (punto 2).

Essa dovrebbe costituire un utile strumento anche per l'individuazione del setting appropriato tra quelli disponibili: ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale.

3) Implementazione delle Tabelle RAO

Le Tabelle RAO risultanti dal presente lavoro verranno quindi implementate all'interno dei sistemi informativi aziendali. Durante la visita ambulatoriale il medico specialista, laddove ravveda la necessità di inserire il paziente in Lista di Attesa per intervento chirurgico, compilerà nel proprio applicativo aziendale, a sua scelta, o il campo diagnosi clinica e il campo intervento chirurgico (utilizzando i codici ICD9CM e s.m.i.) oppure il campo codice SIGLA (che racchiude sia la diagnosi clinica che l'intervento chirurgico previsto); il sistema, in maniera automatica, fornirà in output le seguenti informazioni:

- Classe di priorità iniziale;
- Elenco dei criteri di upgrade;
- Elenco dei criteri di downgrade.

La selezione da parte del medico di uno o più criteri di upgrade/downgrade determinerà l'aggiornamento automatico della classe di priorità iniziale. A quel punto, lo specialista sarà in grado di comunicare al paziente la classe di priorità più appropriata sulla base non solo del quesito clinico, ma anche delle proprie caratteristiche demografiche, cliniche, oppure specifiche della propria condizione di vita/lavoro.

Resta inteso che lo specialista avrà sempre la possibilità di modificare la classe di priorità, anche successivamente all'inserimento in lista di attesa (previa rivalutazione), qualora il quadro clinico del paziente dovesse evolvere nel corso del tempo.

Fonti

- Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
  Variabili: codice nosologico, progressivo paziente, disciplina, diagnosi, intervento, data ammissione, data dimissione, data prenotazione, tipo DRG, età, genere, classe di priorità, regime di erogazione
- Farmaci ad Erogazione Diretta (FED) e AFT (Assistenza Farmaceutica Territoriale)
  Variabili: progressivo paziente, codice ATC, data erogazione
- Nomenclatore SIGLA
  Variabili: Codice SIGLA, codice disciplina-raggruppamento, diagnosi, intervento, classe di priorità iniziale

Appendice

Analisi retrospettiva

Procedura di record-linkage

L'implementazione della procedura illustrata al passo 1) della sezione metodologica presuppone la realizzazione del *record linkage* tra le informazioni contenute nelle SDO e quelle definite all'interno del Nomenclatore SIGLA. Quest'ultimo rappresenta una sintesi - per disciplina - delle possibili combinazioni diagnosi-intervento e classifica l'intera produzione chirurgica programmata attraverso dei codici univoci (i cosiddetti CODICI SIGLA). Pertanto, a ciascuna combinazione disciplina-diagnosi-intervento erogata (desumibile dal flusso SDO) verrà attribuito il codice SIGLA corrispondente, attraverso il record linkage tra i due flussi basato sulla chiave "disciplina-diagnosi-intervento". Il Nomenclatore SIGLA, per ogni disciplina, prevede la categoria "altro", quindi, con riferimento alle discipline previste dal Nomenclatore*, è sempre possibile attribuire un codice SIGLA a una qualunque combinazione diagnosi-intervento.

Da notare che, per definizione, l'unità statistica delle *Tabelle A* e *B* descritte nel seguito e relative all'analisi retrospettiva della casistica erogata è il codice SIGLA (combinazione di diagnosi-interventi); quindi, se, all'interno di uno stesso ricovero, un paziente effettua procedure chirurgiche che definiscono più di un codice SIGLA, il paziente, così come il suo ricovero e gli interventi relativi, saranno conteggiati in più categorie (codici SIGLA).

* Le discipline attualmente previste dal Nomenclatore SIGLA sono le seguenti:

007 - CARDIOCHIRURGIA
008 - CARDIOLOGIA
009 - CHIRURGIA GENERALE
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
012 - CHIRURGIA PLASTICA
013 - CHIRURGIA TORACICA
014 - CHIRURGIA VASCOLARE
030 - NEUROCHIRURGIA
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA
038 - OTORINOLARINGOIATRIA
043 - UROLOGIA
052 - DERMATOLOGIA

Tabelle

Struttura delle Tabelle, specifiche per singola disciplina: schema generale (*Tabella A*) ed esempio (*Tabella B*: disciplina ortopedia, anno 2019)

Tabella A – Distribuzione delle caratteristiche demografiche e cliniche per codice SIGLA e classe di priorità assegnata.
Disciplina X, anno Z

DISCIPLINA	CATEGORIA DIAGNOSTICA	CODICE SIGLA – DESCRIZIONE CODICE SIGLA	PRIORITA' INIZIALE	Classe di priorità	Totale		Genere		Età					Indice di comorbidità				
							M	F										
					N°	%	%	%	media	dev std	mediana	25 °p	75 °p	media	dev std	mediana	25 °p	75 °p

Guida alla lettura:

DISCIPLINA = Disciplina di erogazione del ricovero chirurgico programmato (es: 036 - Ortopedia)

CATEGORIA DIAGNOSTICA = Classe di patologia, definita dal Nomenclatore SIGLA, all'interno della specifica disciplina (es: 03606 - patologia dell'anca)

CODICE SIGLA – DESCRIZIONE CODICE SIGLA = Codice e descrizione del nomenclatore SIGLA relativo alla combinazione classi di diagnosi – classi di intervento.

Esempio: il codice SIGLA "0360604 - SOSTITUZIONE TOTALE/PARZIALE DELL'ANCA" include le seguenti combinazioni di codici diagnosi – codici intervento:

Codici diagnosi	Codici intervento	CODICE SIGLA – DESCRIZIONE CODICE SIGLA
715.15 ARTROSI LOCALIZZATA PRIMARIA, ANCA 715.25 ARTROSI LOCALIZZATA SECONDARIA, ANCA 715.35 ARTROSI LOCALIZZATA, NON SPECIFICATA SE PRIMARIA O SECONDARIA, ANCA 715.95 ARTROSI NON SPECIFICATA SE GENERALIZZATA O LOCALIZZATA, ANCA	81.51 SOSTITUZIONE TOTALE DELL'ANCA 81.52 SOSTITUZIONE PARZIALE DELL'ANCA	0360604 - SOSTITUZIONE TOTALE/PARZIALE DELL'ANCA

PRIORITA' INIZIALE = Classe di priorità "predefinita", suggerita dal Nomenclatore SIGLA. Può non essere specificata.

Classe di priorità = Classe di priorità presente in SDO, cioè classe di priorità effettivamente attribuita al ricovero chirurgico erogato.

TOTALE (N° e %) = Distribuzione (frequenza assoluta e relativa) dei pazienti rispetto alle classi di priorità effettivamente attribuite.

GENERE (M/F, %) = Distribuzione (frequenza relativa) del genere dei pazienti rispetto alle classi di priorità effettivamente attribuite.

Età = Distribuzione (media, deviazione standard, mediana, 1° quartile, 3° quartile) dell'età dei pazienti rispetto alle classi di priorità effettivamente attribuite.

Indice di comorbidità = Distribuzione (media, deviazione standard, mediana, 1° quartile, 3° quartile) dell'indice di comorbidità dei pazienti rispetto alle classi di priorità effettivamente attribuite.

> NB Come indice di comorbidità, ovvero come proxy di gravità clinica, è stato scelto il **Multisource Comorbidity Score (MCS)**[1]. Si tratta di un indice che ha mostrato una performance migliore, rispetto agli indici convenzionalmente utilizzati, nel predire gli esiti di salute nella popolazione italiana. Si basa sia sulle diagnosi che sulle prescrizioni farmacologiche; è stato sviluppato sugli assistiti della regione Lombardia, validato internamente ed esternamente (sugli assistiti di Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia).

[1] 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, Mancia 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 Dec 26;7(12):e019503. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019503. PMID: 29282274; PMCID: PMC5770918.

Tabella B – Distribuzione delle caratteristiche demografiche e cliniche per codice SIGLA e classe di priorità assegnata.
Disciplina ORTOPEDIA, anno 2019
NB La tabella riporta a titolo esemplificativo solo una categoria diagnostica (patologia dell'anca) appartenente alla disciplina di Ortopedia

DISCIPLINA	CATEGORIA DIAGNOSTICA	CODICE SIGLA – DESCRIZIONE CODICE SIGLA	PRIORITA' INIZIALE (SIGLA)	Classe di priorità	Totale		Genere		Età					Indice di comorbidità				
							M	F										
					N°	%	%	%	media	dev std	mediana	25° p	75° p	media	dev std	mediana	25° p	75° p
036 - ORTOPEDIA	03606 - PATOLOGIA DELL'ANCA	0360604 - SOSTITUZIONE TOTALE/PARZIALE DELL'ANCA	C	A	1.357	17,6	17,2	17,9	67,2	11,6	69	59	76	1,4	3,3	0	0	2
				B	1.972	25,6	24,9	26,1	67,9	11,5	69,5	61	76	1,9	3,5	0	0	2
				C	3.588	46,5	46,4	46,6	66,9	12,1	69	60	76	2,4	4,1	0	0	3
				D	800	10,4	11,5	9,4	63	12,9	65	56	72	0,9	2,2	0	0	0
			Totale		***7.717***	***100***	***100***	***100***	***66,8***	***12***	***69***	***59***	***76***	***1,9***	***3,7***	***0***	***0***	***2***
		0360605 - ALTRI INTERVENTI PER ARTROSI LOCALIZZATA PRIMARIA/SECONDARIA, ANCA		A	54	22,7	16,2	27,3	62,9	13,1	66	55	72	2,8	8,8	0	0	1
				B	71	29,8	29,3	30,2	64	12,7	66	55	72	0,9	2,9	0	0	0
				C	96	40,3	49,5	33,8	61,5	17,1	64,5	52,5	73,5	2,4	5,7	0	0	2
				D	17	7,1	5,1	8,6	68,9	13,6	71	64	81	0,5	1,2	0	0	0
			Totale		***238***	***100***	***100***	***100***	***63,1***	***14,8***	***66***	***55***	***73***	***1,9***	***5,8***	***0***	***0***	***0***
		0360606 - REVISIONE PROTESI ANCA	C	A	192	27,9	28,1	27,7	69	13,1	72	62,5	78	3,2	6,1	0	0	4
				B	207	30	32,3	28,6	69,6	12,5	72	62	79	2,5	4,6	0	0	4
				C	232	33,7	31,6	35	68,7	11,6	71	61	78	2,4	3,7	0	0	4
				D	58	8,4	8	8,7	64,1	10,1	64	59	71	0,8	1,9	0	0	0
			Totale		***689***	***100***	***100***	***100***	***68,7***	***12,3***	***71***	***61***	***78***	***2,5***	***4,7***	***0***	***0***	***3***
		0360607 - ARTROTOMIA PER RIMOZIONE DI PROTESI	C	A	30	36,1	30	41,9	66,1	16,3	69,5	55	79	5,1	7,5	2	0	8
				B	19	22,9	22,5	23,3	60,5	19	62	51	77	6,4	8	0	0	12
				C	31	37,3	45	30,2	68	13	71	61	78	2,4	4,4	0	0	2
				D	3	3,6	2,5	4,7	78,3	5,5	81	72	82	7,3	8,7	5	0	17
			Totale		***83***	***100***	***100***	***100***	***66***	***15,8***	***70***	***55***	***78***	***4,4***	***6,8***	***0***	***0***	***8***
		0360608 - ALTRI INTERVENTI PER COMPLICAZIONI MECCANICHE/INFIAMMATORIE DI DISPOSITIVI, IMPIANTI E INNESTI ORTOPEDICI INTERNI		A	39	33,1	27,5	37,3	67,1	17,1	69	58	81	4,5	9,4	0	0	6
				B	26	22	29,4	16,4	66,9	16,1	71	54	80	4	7,9	0	0	4
				C	41	34,7	29,4	38,8	61,8	16,9	64	50	75	4	5,6	1	0	7
				D	12	10,2	13,7	7,5	56,2	7,5	57	50	60,5	1,7	4,3	0	0	1,5
			Totale		***118***	***100***	***100***	***100***	***64,1***	***16,4***	***66***	***54***	***77***	***3,9***	***7,4***	***0***	***0***	***5***

Esempio di lettura dei risultati: **0360606 - REVISIONE PROTESI ANCA**
Sulla base dei risultati retrospettivi relativi all'anno 2019, si nota che, sebbene la classe di priorità iniziale (indicata dal Nomenclatore SIGLA) fosse la C, all'8% dei pazienti è stata attribuita la classe D. Tali pazienti erano più giovani (età media 64 anni) e con meno comorbidità (indice di comorbidità medio < 1) → si potrebbero ipotizzare dei cut-off (uno per l'età e un altro per l'indice di comorbidità) che rappresentino eventuali fattori di downgrade

Tabelle RAO

Di seguito illustrata la tabella finale (specifica per singola disciplina), comprensiva della classe di priorità iniziale e dei criteri di upgrade/downgrade

Tabella C – TABELLA RAO: Sintesi dei criteri di downgrade/upgrade per raggruppamenti omogenei e classe di priorità iniziale

DISCIPLINA	CATEGORIA DIAGNOSTICA	CODICE SIGLA – DESCRIZIONE CODICE SIGLA	PRIORITA' INIZIALE	Criteri di upgrade/downgrade
				• Clinici/demografici (età, genere, comorbidità) * … • Caratteristiche impattanti nei rapporti sociali … • Eccezioni …

* derivati dalla Tabella A

Esempio fittizio, basato sull'esempio di lettura dei risultati di cui sopra:

DISCIPLINA	CATEGORIA DIAGNOSTICA	CODICE SIGLA – DESCRIZIONE CODICE SIGLA	PRIORITA' INIZIALE	Criteri di downgrade
036 - ORTOPEDIA	**03606 - PATOLOGIA DELL'ANCA**	**0360606 - REVISIONE PROTESI ANCA**	**C**	• Clinici/demografici (età, genere, comorbidità) ○ Età < 65 anni ○ Indice di comorbidità < 1

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

Indice

1. Premessa 3
2. Obiettivi 4
3. Contenuti informativi delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa dei siti web delle Regioni e Province autonome e delle Aziende Sanitarie 4
   3.1 Siti web di Regioni/Province autonome 5
   3.2. Siti web delle Aziende Sanitarie 6
4. Indicazioni per il monitoraggio dei siti web 8
5. Glossario 9
6. Allegato 1 - Check list di monitoraggio 11

1. Premessa

Le liste di attesa per la fruizione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero da parte dei cittadini rappresentano un problema anche nel nostro Paese. Nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati rispetto alla patologia ed alle necessità di cura risulta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) così come previsto dal dPCM 29 novembre 2001 e successive modificazioni.

Disporre di informazioni sui tempi di attesa per visite e prestazioni diagnostiche nonché sui percorsi di accesso ai servizi sanitari, costituisce, pertanto, una priorità del SSN.

In tale ottica, il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 promuove la comunicazione chiara e trasparente come leva di *empowerment*. Lo stesso Patto per la salute 2019-21, in tema di *Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari*, richiama nella Scheda 14 "l'importanza di utilizzare efficacemente i dati di cui dispongono i Ministeri, le regioni e le strutture sanitarie per effetto della loro attività istituzionale e di trasformarle in informazioni in grado di generare valore nell'erogazione dei servizi" e la necessità di "implementare processi di gestione della relazione con il cittadino che si sostanziano nell'insieme di informazioni e dati, procedure organizzative, modelli comportamentali, nonché strumenti e tecnologie, che sono in grado di gestire tutta la relazione con il cittadino".

La comunicazione su tempi e liste di attesa, disciplinata dall'art. 41, comma 6 del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 recante "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni",* va, dunque, 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, il PNGLA prevede il **monitoraggio della presenza sui siti web di Regioni, Province autonome e Aziende sanitarie del SSN della sezione dedicata ai tempi e alle liste di attesa**.

L'intento è quello di verificare se nelle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa, siano presenti le informazioni basilari fruibili per i cittadini nonché i dati e i risultati dei monitoraggi previsti.

Le Linee di indirizzo sono redatte dal Sottogruppo di lavoro per il monitoraggio dei siti web in materia di liste di attesa dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa e condivise da tutte le Regioni e Province autonome dell'Osservatorio stesso.

2. Obiettivi

Le presenti 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"* (di seguito "Linee di indirizzo") perseguono l'obiettivo di:

i) definire i *contenuti informativi* delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa dei siti web delle Regioni/Province autonome e delle Aziende sanitarie al fine di consentire una offerta conoscitiva sull'argomento che sia omogenea a livello nazionale;

ii) individuare una modalità di *monitoraggio* dei dati e delle informazioni riportate nelle sezioni dedicate ai tempi e alla gestione delle liste di attesa dei siti web delle Regioni/Province autonome e delle Aziende sanitarie che tenga conto della trasparenza dei contenuti pubblicati e della loro fruibilità e semplicità di accesso sia a livello regionale che aziendale.

3. Contenuti informativi delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa dei siti web delle Regioni e Province autonome e delle Aziende Sanitarie

Il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 all'art. 41, comma 6 stabilisce che "*Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata"*.

Il PNGLA 2019-21, tra le linee di intervento per il governo delle liste di attesa nei piani regionali, indica "*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 PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti web regionali e aziendali*" e individua, tra i monitoraggi a cui sono tenute le Regioni, il monitoraggio della presenza sui siti web di Regioni, Province autonome e Aziende sanitarie della sezione dedicata ai tempi e alle liste di attesa.

In tale ottica, si forniscono le indicazioni che le Regioni e le Province autonome avranno cura di seguire nella costruzione o nella revisione della sezione dedicata ai tempi e alle liste di attesa sui propri siti web sia in termini di contenuti (set minimo di informazioni e funzioni) sia in termini di fruibilità.

Ciò garantirà trasparenza, accessibilità e fruibilità dei siti web per qualunque tipologia di utenza a prescindere dal livello di istruzione e/o conoscenza anche in ottemperanza alla legge 9 gennaio 2004, n. 4, che regola le condizioni per l'accessibilità dei siti web a persone affette da disabilità, e nel rispetto dell'art. 53, comma 1 ter del Codice dell'amministrazione digitale.

Ciascuna Regione o Provincia autonoma deve prevedere sul proprio sito istituzionale (regionale/provinciale o salute) di seguito *sito web regionale,* all'interno del c.d. Portale Salute*,* una **sezione dedicata ai tempi e alle liste di attesa**. Tale sezione deve essere direttamente navigabile dal sito web regionale e deve essere indicizzata nei principali motori di ricerca.

Per le Regioni/ Province autonome in cui è presente una sola Azienda, è possibile pubblicare tutte le informazioni all'interno del sito web regionale.

Oltre ad un pacchetto di informazioni utili ad avere un'indicazione sui tempi e sulle liste di attesa le Regioni/Province autonome e le Aziende sanitarie ampliano il contenuto informativo in base al particolare interesse dei cittadini rendendo disponibili anche altri dati e informazioni su un ventaglio sempre più ampio di prestazioni ed erogatori (pubblici e privati accreditati).

Resta fermo quanto indicato nel decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 in materia di obblighi di pubblicazione.

3.1 Siti web di Regioni/Province autonome

3.1.1 Per finalità di **trasparenza**, il sito web regionale, nella sezione *Portale Salute*, deve presentare, direttamente o tramite link che rimanda al sito dell'Azienda/Agenzia regionale:

- **Piano regionale di governo delle liste di attesa** con relativa delibera di adozione ed eventuali delibere di integrazione (es.: delibere di adozione del Modello "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO"; altri atti normativi/documenti inerenti all'accesso alle prestazioni sanitarie).
  I documenti vanno pubblicati in formato pdf accessibile[1] scaricabile dall'utente e gli stessi (o la pagina che li contiene) devono essere facilmente raggiungibili attraverso un link disponibile nella prima pagina della sezione liste di attesa;

- **Pubblicazione dati del monitoraggio ex-ante** relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale in primo accesso, per classe di priorità e ambito di garanzia, almeno per le prestazioni previste dal PNGLA:
  - Totale prenotato *per classe di priorità (B=10 gg, D=30 gg per visite - 60 gg per esami diagnostici, P= 120gg)*
  - N. prenotazioni effettuate
  - % di garanzia entro i tempi previsti per ogni classe di priorità
  - Valore mediano dei tempi di attesa delle prestazioni prenotate;

- **Pubblicazione dati del monitoraggio delle attività di ricovero.** Il dato è relativo al valore mediano dei tempi di attesa e al numero dei ricoveri programmati e riguarda almeno le prestazioni elencate nel PNGLA per la classe di priorità A;

- **Pubblicazione di un "dato storico" ex ante.** Il dato viene riferito all'anno precedente la consultazione e deve riguardare almeno le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA;

- **Presenza di un sistema collegato al sistema CUP regionale o ai sistemi CUP interaziendali** per la prenotazione online delle prestazioni, in coerenza con il D.M. 20 agosto 2019 (*c.d. "Decreto Fondi CUP"*);

- **Definizione dei Percorsi di tutela** con rimando al Piano Attuativo Aziendale che espliciterà le modalità con cui l'Azienda intende attivare il percorso di tutela;

- **Piani Attuativi Aziendali** di tutte le Aziende sanitarie con relative delibere di adozione, in formato pdf accessibile scaricabile dall'utente **o attraverso un** link che rinvii alla sezione dedicata del sito di ciascuna azienda in cui è inserita la documentazione;

- **Eventuali numeri verdi** di pubblica utilità in tema di liste di attesa;

[1] Tali documenti devono risultare accessibili a tutti, secondo la normativa vigente, comprese le persone che usano le tecnologie assistite, come per esempio i lettori vocali di schermo. Il formato digitale più idoneo per soddisfare l'esigenza di disporre di documenti accessibili online, è il PDF accessibile. Una modalità per creare un PDF accessibile è quella di creare un documento originario accessibile e convertirlo successivamente in un documento PDF. Non sono quindi rispondenti ai criteri di accessibilità i PDF derivanti da scansioni di documenti cartacei con scanner, scansioni che generano i cosiddetti documenti-immagine, non leggibili dai lettori vocali (**Guida pratica per la creazione di un documento accessibile** https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/linee_guida/guida_pratica_creazione_word_accessibile_2.pdf)

- **Guida** alla lettura dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino con particolare riferimento al significato di:
  - Percentuale di garanzia del monitoraggio ex ante
  - Media/Valore mediano dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, per classe di priorità
  - Percorso di tutela
  - Ambito di garanzia;

La **Guida** alla lettura dei dati, nel rispetto delle specificità grafiche e telematiche dei singoli siti (per es. didascalia in calce, formato pdf) deve contenere le medesime descrizioni su tutti i siti web delle Regioni/Province autonome e sul sito del Ministero della salute e deve favorire l'*empowerment* del cittadino in riferimento al suo diritto di scelta.

In riferimento alla pubblicazione dei dati del monitoraggio ex-ante, è possibile inserire un link di rimando al sito dell'agenzia sanitaria regionale.

3.1.2 Per rendere **fruibili** le informazioni contenute nel sito, la sezione Liste di attesa del Portale Salute dovrà:

- essere facilmente raggiungibile dalla *home page* del sito web del Portale Salute presente all'interno del sito web regionale, a mezzo di un link testuale, un banner grafico od altra modalità immediatamente identificabile dall'utente; per le medesime finalità dovrà essere opportunamente indicizzato nei principali motori di ricerca, secondo le keywords "*liste di attesa Regione/PA*", "*tempi di attesa Regione/PA*" e "*CUP Regione/PA*";
- avere un collegamento al sistema CUP regionale o ai sistemi CUP interaziendali per la prenotazione online delle prestazioni, in coerenza con il DM 20 agosto 2019 (*c.d. "Decreto Fondi CUP");*
- presentare link o box dedicati a numeri utili o altri dati di contatto per richiedere informazioni, ivi incluse quelle relative alle modalità di prenotazione, pagamento, servizi utili, con livello di approfondimento coerente con la capillarità della rete di prenotazione prevista all'interno del PRGLA (es. MMG, farmacie);
- prevedere una sezione dedicata alla divulgazione informativa al cittadino (per es. PRGLA, classi di priorità) e una dedicata alle funzionalità in termini di prenotazione (per. CUP online);
- dovrà presentare interfacce semplici e chiare, e la navigazione dovrà essere *user friendly;*
- dovrà prevedere pochi passaggi (click di apertura pagine) per il raggiungimento delle sezioni utili al cittadino.

3.2. Siti web delle Aziende Sanitarie

Ogni Azienda sanitaria (ASL, Aziende ospedaliere, IRCCS, Policlinici universitari) dovrà prevedere sul proprio sito istituzionale (di seguito sito web aziendale) una sezione dedicata alle liste e alla gestione dei tempi di attesa. Tale sezione dovrà essere direttamente navigabile dal Portale salute del sito web regionale, e dovrà essere indicizzata nei principali motori di ricerca.
Per le Regioni/ Province autonome in cui è presente una sola Azienda è possibile pubblicare tutte le informazioni all'interno del Portale Salute del sito web regionale.

3.2.1. Per finalità di **trasparenza**, nel sito web aziendale dovranno essere presenti:

- **Programma Attuativo Aziendale** (PAA) con relativa delibera di adozione. I documenti vanno pubblicati in formato pdf accessibile scaricabile dall'utente e devono essere facilmente raggiungibili attraverso un link disponibile nella prima pagina della sezione Liste di attesa.
- **Dati riferiti al monitoraggio ex ante** riferiti alle Strutture (rif. Paragrafo 3.1.1);
- **Pubblicazione di un "dato storico" ex ante.** Il dato deve essere riferito all'anno precedente la consultazione e deve riguardare le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA. La pubblicazione è relativa alle classi di priorità B, D e P (B=10 gg, D=30 gg per visite - 60 gg per esami diagnostici, P= 120gg);
- **Pubblicazione dati del monitoraggio delle attività di ricovero.** Il dato è relativo al valore mediano dei tempi di attesa e al numero dei ricoveri programmati e riguarda almeno le prestazioni elencate nel PNGLA per la classe di priorità A;
- **Ambiti di garanzia** individuati;
- **Percorsi di tutela** disponibili;
- **Guida alla lettura** dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino con particolare riferimento al significato di:
  - Percentuale di garanzia ex ante
  - Media/Valore mediano dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, per classe di priorità
  - Percorso di tutela
  - Ambito di garanzia.

3.2.2. Per finalità di **fruibilità** si rimanda al paragrafo 3.1.2.

4. Indicazioni per il monitoraggio dei siti web

Il PNGLA 2019-2021 individua, tra i monitoraggi a cui sono tenute le Regioni e le Province autonome, quello della presenza sui siti web di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa.

Oggetto del monitoraggio:

- siti web di Regioni e Province autonome (Portale salute)
- siti web di Aziende sanitarie

Informazioni raccolte nel monitoraggio

In coerenza con quanto previsto dal paragrafo 6.7. del PNGLA, saranno monitorati i contenuti dei siti web e le caratteristiche di cui al punto 3 delle presenti Linee di indirizzo.

Soggetti preposti al monitoraggio

- il Ministero della salute
- le Regioni e le Province autonome

Periodicità del monitoraggio

Il monitoraggio viene effettuato con cadenza annuale entro il mese di gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Il Ministero della salute fornisce riscontro alle singole Regioni e Province autonome degli esiti del monitoraggio effettuato.

Modalità di attuazione del monitoraggio

Il monitoraggio si effettua secondo un sistema a responsabilità distribuita e prevede la verifica dei criteri di cui al capitolo 3 e relativi paragrafi.

Le Regioni e alle Province autonome verificano le condizioni di fruibilità e trasparenza, come illustrate nel paragrafo 3.1/3.2, sui siti Aziendali secondo i parametri condivisi, e riportano sul loro portale salute un resoconto sull'esito del loro monitoraggio come riportato nell'allegato 1.

Il Ministero esegue il monitoraggio sull'attività espletata dalle Regioni e dalle Province autonome, verificando che sia presente e valorizzato il resoconto sul monitoraggio effettuato, eventualmente verificando il dettaglio del monitoraggio eseguito.

I risultati del monitoraggio saranno periodicamente pubblicati sul portale del Ministero della salute.

5. Glossario

Ai fini delle presenti Linee di indirizzo sono adottate le seguenti definizioni.

Sito web istituzionale. Gruppo di pagine web interconnesse "che si pongono come obiettivo prioritario quello di presentare un'istituzione pubblica e promuoverne le attività verso un'utenza generalizzata, descrivendone l'organizzazione, i compiti, i servizi relativi ad atti e procedimenti amministrativi di competenza" […] "I siti web delle pubbliche amministrazioni, in quanto emanazione e rappresentazione dell'Ente di riferimento che ne ha la responsabilità, devono porsi, come obiettivo primario, quello di concorrere ad affermare il diritto dei cittadini ad un'efficace comunicazione, offrendo all'utenza cui si rivolgono un canale permanente di dialogo con l'istituzione" (Linee guida per i siti web delle P.A. - 2011).

Portale Salute. Sito web che costituisce un punto di partenza, o porta di ingresso, ad un gruppo di risorse informative e a servizi Internet relativi al tema della salute e dell'assistenza sanitaria.

CUP interaziendale. Inteso come Sistema CUP dove i soggetti o i sistemi autonomi che entrano in relazione sono più di uno e si accrescono ulteriormente le complessità organizzative, in termini di coerenza interna al Sistema CUP ed interazione con gli applicativi gestionali delle singole Aziende, ma dove esistono anche, data la più vasta concentrazione delle risorse impiegate o disponibili, possibilità e resistenze diverse di evoluzione del Sistema CUP, rispetto tanto al prodotto informatico quanto al modello organizzativo implementato (tratto da Linee Guida Nazionali Sistema CUP, 2009)

Valore medio/mediano dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni. Il valore medio dei tempi di attesa registrati in un dato intervallo temporale è calcolato come somma di tutti i valori diviso il numero dei valori stessi, laddove il valore mediano è quel valore al di sotto del quale cade la metà dei valori campionari.

Monitoraggio ex ante. Rilevazione (prospettica) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione. Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019 - 2021. L'elenco potrà essere periodicamente aggiornato. Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN indicate nei Programmi attuativi aziendali. Il monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso. Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa saranno innanzitutto le prestazioni nelle classi di priorità B e D, mentre per la classe P saranno successivamente definite le modalità di monitoraggio.

Percentuale di garanzia. Esprime il rapporto tra il numero delle prenotazioni garantite entro i tempi per ogni classe di priorità e per ogni prestazione, rispetto al numero di prenotazioni per ogni classe e per ogni prestazione, determinandone, quindi, la percentuale di copertura.

Ambito di garanzia. Rappresenta, per le prestazioni di primo accesso, l'ambito territoriale di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche) nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino (percorsi di tutela).

Percorso di tutela. Deve essere attivato dalle regioni e prevede dei percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione.

Azienda sanitaria. Ai fini della rilevazione si intendono le ASL, le Aziende ospedaliere, gli IRCSS, i Policlinici universitari.

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0001648/2026

6. Allegato 1 - Check list di monitoraggio

URL SITO WEB	*Es. http://...*
URL PORTALE SALUTE REGIONALE	*Es. http://...*
È PRESENTE UNA SEZIONE LDA	SI
	NO
URL SEZIONE LDA REGIONALE	*Es. http://...*
COME SI RAGGIUNGE LA SEZIONE LISTE DI ATTESA	Home page sito web regionale
	Home page portale salute
	Altra pagina interna del portale salute
	Home page portale regionale e home page portale salute
NUMERO DI PAGINE DA APRIRE PER RAGGIUNGERE LA SEZIONE LISTE DI ATTESA DALLA HOME PAGE DEL SITO	0 (presente sulla Home Page del sito)
	1
	2
	3
	4
	5
	>5
È PRESENTE IL PRGLA	SI
	NO
SE SÌ, SPECIFICARE SE SCARICABILE IN FORMATO PDF ED ACCESSIBILE	SCARICABILE ED ACCESSIBILE
	SCARICABILE MA NON ACCESSIBILE
	NON SCARICABILE E NON ACCESSIBILE
SONO PRESENTI I PAA	SI
	NO
SE SÌ, SPECIFICARE SE SCARICABILI IN FORMATO PDF ED ACCESSIBILI	SCARICABILE ED ACCESSIBILE
	SCARICABILE MA NON ACCESSIBILE

Allegato n.ro 1) alla Proposta N.ro 0001944/2026 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0001648/2026

	NON SCARICABILE E NON ACCESSIBILE
È PRESENTE L'ESITO DEL MONITORAGGIO ex ante per ogni ambito territoriale	SI, PER LA CLASSE B
	SI, PER LA CLASSE D
	SI, PER LA CLASSE P
	NO
È PRESENTE IL DATO STORICO del monitoraggio ex ante per ogni ambito territoriale	SI, AGGIORNATO AL BIMESTRE PRECEDENTE LA CONSULTAZIONE
	SI, MA NON AGGIORNATO
	NO
SONO RESI PUBBLICI E CHIARAMENTE INDIVIDUABILI I PERCORSI DI TUTELA ATTIVATI E ADOTTATI	SI
	NO
È PRESENTE E CHIARAMENTE INDIVIDUABILE NELLA SEZIONE LDA UN COLLEGAMENTO AL SISTEMA CUP REGIONALE/INTERAZIENDALE PER LA PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	SI
	NO
SONO PRESENTI NELLA SEZIONE LDA NUMERI UTILI E INFORMAZIONI RELATIVE ALLE DIVERSE POSSIBILI MODALITÀ DI PRENOTAZIONE IN FUNZIONE DEI CANALI ATTIVATI (FARMACIE, MMG, ECC)?	SI
	NO
È PRESENTE UNA PREFAZIONE/GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEI DATI	SI, SIGNIFICATO DELLA PERCENTUALE EX ANTE
	SI, SIGNIFICATO DEL TEMPO MEDIO/ MEDIANO
	SI, SIGNIFICATO PERCORSO DI TUTELA
	SI, SIGNIFICATO AMBITO GARANZIA
	NO

Allegato n.ro 1) alla Proposta N.ro 0001944/2026 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

ALLEGATO E

GLOSSARIO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA

Agenda chiusa: Agenda di prenotazione temporaneamente (o periodicamente) chiusa, ovvero in ogni caso non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. La chiusura delle Agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

Agenda di prenotazione: strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione garantito dalla Legge del 7 agosto 1990, n. 241, gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite il Centro Unificato di Prenotazione (CUP) e dei ricoveri ospedalieri programmati. Tale registro è soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse, possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone. Per quanto attiene alle Agende di Prenotazione dei Ricoveri, il Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006) ha reso obbligatorio l'utilizzo delle Agende nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di attesa".

Appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche ambulatoriali: Per appropriatezza prescrittiva si intende un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti e sulle evidenze scientifiche disponibili, che tenga in considerazione il contesto socioculturale del paziente e il livello assistenziale richiesto, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi. Considerato nel suo complesso il percorso di accesso del cittadino/utente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'appropriatezza prescrittiva deve tenere in considerazione 3 dimensioni: i) la necessità clinica associata alla gestione dell'incertezza diagnostica; ii) la struttura specialistica appropriata all'erogazione della tipologia di prestazione richiesta; iii) la qualità del quesito diagnostico e della priorità assegnata. Inoltre, la necessità e la priorità della prescrizione richiedono di stimare la probabilità che la procedura fornisca informazioni diagnostiche utili, al fine di una successiva decisione terapeutica che garantisca un miglioramento della prognosi.

Attività libero-professionale intramuraria (ALPI): Nel rispetto degli artt. 88 e ss. del CCNL Area sanità 2019 - 2021, per attività libero professionale intramuraria della dirigenza medica e sanitaria si intende:

- l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day-hospital, di day-surgery e di ricovero, sia nelle Strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale;
- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe in strutture di altra Azienda del Servizio sanitario nazionale nonché in altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione con le stesse;
- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'Azienda, quando le predette attività consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'Azienda stessa, sentite le équipe dei servizi interessati;
- le prestazioni richieste, ad integrazione delle attività istituzionali, dalle Aziende ai propri

dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenza di organico, in accordo con le équipe interessate.

L'esercizio della predetta attività non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda o Ente e deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi.

Azienda sanitaria: si intende un ente pubblico della pubblica amministrazione, deputato all'erogazione di servizi sanitari. Assolve ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale e delle altre incombenze previste dalla legge in uno specifico ambito territoriale.

Nel PNGLA indica il soggetto erogatore o garante delle prestazioni. Nel monitoraggio dei tempi di attesa istituzionali (SSN) le Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS di diritto pubblico, Policlinici universitari comprese le strutture private accreditate in convenzione, contribuiscono alla garanzia dell'accesso e dei tempi di attesa nell'ambito territoriale in cui è presente l'Azienda sanitaria territoriale. Invece ai fini della rilevazione dell'ALPI, è ciascuna Azienda sanitaria: Azienda sanitaria territoriale, Azienda ospedaliera, Azienda ospedaliera universitaria, IRCSS di diritto pubblico, Policlinico universitario ad essere responsabile dei dati di prenotazione, di attività e dei relativi tempi di attesa.

Back Transfer: Rappresenta l'adozione di specifiche procedure organizzative aziendali e interaziendali che garantiscano il rapido trasferimento dei pazienti dai centri Hub di riferimento ai centri Spoke, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pazienti.

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida (Legge 24/2017, art. 5 comma 1): Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Classe di priorità: un sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Per le prestazioni ambulatoriali sono previste le seguenti specifiche.

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore); B= entro 10 gg;

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali);

P= entro 120 gg. La classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 gg.

Per le prestazioni di ricovero sono previste le seguenti specifiche.

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 da 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.

Consistenza della lista di attesa: numero di pazienti iscritti al registro di lista di attesa per ricovero chirurgico e in attesa di chiamata da parte del SSN presso un ospedale/presidio ospedaliero in un dato momento (Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 9 luglio 2020 (Repertorio Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020).

CUP (Centro Unificato di Prenotazione): sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Day Service Ambulatoriale (DSA): modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista al fine di rispondere al quesito clinico per casistica complessa (sia in senso clinico che organizzativo) e al fine di facilitare la deospedalizzazione. Si compone di percorsi ambulatoriali predefiniti e formalizzati a livello aziendale o sovra aziendale.

Data appuntamento della prestazione specialistica ambulatoriale: è la data che viene assegnata all'atto della prenotazione per l'erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data prevista di inizio dell'erogazione.

Data di contatto/prenotazione di prestazione specialistica ambulatoriale: è 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 di medicina generale che provvede ad effettuare la prenotazione (in questo specifico caso, esisterebbe coincidenza tra data di prescrizione e la data di contatto). Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle pre-liste, 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).

Data di dimissione: corrisponde alla giornata della dimissione, definita secondo le modalità previste per la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO.

Data di erogazione: è la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data di inizio dell'erogazione.

Data di Prenotazione del ricovero: corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri.
Questa data è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Data di prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale: è la data di compilazione da parte del prescrittore della richiesta (prescrizione SSN) di prestazioni ambulatoriali.

Data di prima disponibilità di erogazione: è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto/richiesta tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di assistenza dell'assistito.

Data di refertazione: è la data in cui viene redatto il referto. La struttura erogatrice rilascia il referto. Va precisato che i momenti considerati possono essere diversi:

- data in cui lo specialista predispone il referto: lo specialista può refertare subito dopo l'esecuzione della prestazione, oppure dopo alcuni giorni;
- data in cui il servizio rende disponibile il referto alla struttura: è influenzato dal momento della stampa del testo, del controllo e della firma da parte dello specialista, dal tempo impiegato per l'invio ai punti di raccolta e distribuzione dei referti;
- data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato;
- data di ritiro del referto da parte dell'utente, che è una variabile non dipendente dalla struttura per il periodo che intercorre dalla data in cui il referto è effettivamente disponibile a quella del ritiro.

La tipologia e la quantità di date presenti e utilizzabili dipendono, anche in questo caso, dai modelli organizzativi e dai sistemi informativi presenti. Considerate le difficoltà inerenti a tale misurazione, dovrebbero però essere disponibili a sistema almeno la data di compilazione del referto da parte dello specialista, essendo questo dato parte intrinseca codificata dell'atto medico, e quindi formalmente garantita in modo più affidabile, e la data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente.

Data del ricovero: la data effettiva del ricovero è quella riportata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO. Se diversa dalla data prevista, ciò dovrà essere sinteticamente motivato nell'eventuale campo dedicato nella agenda di prenotazione, dove andrà anche motivata la eventuale cancellazione (per risoluzione del problema, mancata presentazione, esigenze personali del paziente, variazione del quadro clinico, decesso ecc.).

Drop-out: mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti.

Erogatore: struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che eroga la prestazione all'utente sia in regime istituzionale che in ALPI. Le tipologie delle strutture eroganti sono le seguenti: Aziende sanitarie locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici Universitari a gestione diretta, IRCSS di diritto pubblico, ambulatori e poliambulatori pubblici e strutture private accreditate.

Garanzia dei tempi massimi: indica la situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi, per classe di priorità, previsti per le prestazioni ambulatoriali oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Giorno (o periodo) indice: è l'arco temporale in cui si effettua la rilevazione perle prestazioni ambulatoriali. È solitamente utilizzato nelle rilevazioni prospettiche o "ex-ante".

Interoperabilità informatica: è la caratteristica di un sistema informativo, le cui interfacce sono pubbliche e aperte, di interagire in maniera automatica con altri sistemi informativi per lo scambio di informazioni e l'erogazione di servizi. L'interoperabilità nella Pubblica Amministrazione è associata al concetto di cooperazione applicativa, definita come la parte del Sistema Pubblico di Connettività finalizzata all'interazione tra i sistemi informativi dei soggetti partecipanti, per garantire l'integrazione dei metadati, delle informazioni, dei processi e procedimenti amministrativi.
Per quanto riguarda il governo delle liste d'attesa, l'interoperabilità deve essere garantita tra i sistemi

CUP regionali/aziendali e i centri di prenotazione dei privati accreditati. A livello nazionale i CUP regionali dovranno garantire piena interoperabilità con la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA).

Interoperabilità operativa: a livello sovra-aziendale, sempre garantendo la libera scelta del cittadino, rappresenta un sistema di interazione tra le singole liste di attesa di ricovero, che deve permettere la gestione tra le stesse, favorendo il rispetto dei tempi di attesa e la concentrazione delle prestazioni nelle Strutture deputate, anche in considerazione delle soglie di rischio di esito, di cui al DM 70/2015.

Modalità di prenotazione: in riferimento alla modalità di accesso, sono comprese tutte le possibili tipologie di accesso alla prenotazione previste dall'Azienda sanitaria: sportelli di prenotazione, via telefonica, via telematica (farmacie, MMG collegati in rete con l'Azienda), via Internet, ecc. In riferimento alla modalità di registrazione della prenotazione, è compresa sia quella informatizzata sul sistema del Centro Unificato di Prenotazione (CUP).

Modalità di rilevazione ex-ante: consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data di prima disponibilità (qualora non coincida con la data dell'appuntamento per la presunta erogazione) e la data di contatto/prenotazione.

Modalità di rilevazione ex-post: l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) la Struttura e la data di effettiva erogazione della prestazione. Nel caso di ricovero la data di prenotazione coincide con data di inserimento nella lista di attesa.

Numero di persone in attesa: è il numero di persone in attesa della prestazione (ambulatoriale o di ricovero in pre-lista), per lo specifico esame/intervento/procedura oggetto di monitoraggio, che risultano, nel momento della rilevazione, registrate presso le agende di tutti i servizi/reparti di ogni erogatore. Il conteggio viene fatto senza limiti di tempo, ovvero considerando anche le date più distanti o i casi che non hanno ancora una data nemmeno approssimativa.

Piani di preparazione e risposta ad eventi emergenziali: La preparedness nelle emergenze di sanità pubblica comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dall'emergenza sanitaria in atto e a mitigarne il loro impatto sulla salute pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento (locale, regionale, nazionale, internazionale). Durante una emergenza di sanità pubblica sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la readiness come la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella preparedness.
A tal fine, la preparedness e la readiness rappresentano nell'ambito della programmazione nazionale, regionale ed aziendale le linee di indirizzo necessarie a 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 di natura biologica e non biologica.

Pre-lista: le pre-liste non sono vere e proprie agende di prenotazione, non hanno un calendario associato ma consentono la registrazione delle richieste in un elenco progressivo in ordine cronologico per data di primo contatto al punto di prenotazione. Le pre-liste rappresentano uno strumento che deve essere introdotto eccezionalmente, qualora non sia erogabile la prestazione entro i termini indicati dalla classe di priorità. Nel caso in cui il cittadino sia inserito in prelista, ai fini della rilevazione dei tempi di attesa, si considera sempre la data di effettivo primo contatto e quindi quella di inserimento in prelista.

Pre-ospedalizzazione: procedure per disporre gli accertamenti diagnostici e/o terapeutici preliminari al ricovero e atti a ridurre il periodo della successiva degenza (D.P.C.M. 19-5-1995).

Prestazione ambulatoriale: atto clinico-assistenziale, di natura diagnostica e/o terapeutica, erogato da professionisti/strutture nei riguardi di un paziente. Oggetto di rilevazione per i tempi di attesa sono alcune tipologie di visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale.

Prestazione in emergenza/urgenza clinica: per i ricoveri, sono considerati urgenti quelli definiti tali sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Per le prestazioni ambulatoriali, sono considerate tali le prestazioni che, per il peculiare quadro clinico, vengono solitamente erogate in tempi brevissimi attraverso canali preferenziali (Pronto Soccorso, spazi dedicati e non altrimenti disponibili nell'ambito dell'agenda, ecc.) e modalità di accesso differenti (direttamente alle strutture dell'emergenza/urgenza, ovvero attraverso richiesta su ricetta rossa del SSN). Con riferimento a quanto previsto dalla legge 120/2007, si definisce come urgente, indicata con il codice U nel campo 16 della ricetta, quella prestazione che, pur presentando caratteristiche di gravità clinica, può essere erogata in tempo differito ed in regime ambulatoriale, comunque entro le 72 ore dalla prescrizione del medico proponente.

Prestazione da garantire: prestazione, contenuta in un elenco nazionale e/o regionale, per la quale si prevede la garanzia dei tempi massimi di attesa (vedi "Garanzia dei tempi massimi").

Percorsi diagnostico-terapeutici: si intende una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia.

RAO (Raggruppamenti d'Attesa Omogenei): categorie di attesa (classi di priorità) per prestazioni specialistiche ambulatoriali, i cui contenuti clinici sono definiti in base ad accordi locali (regionali e aziendali) tra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti. L'utilizzo dei RAO prevede: i) l'utilizzo di strumenti informatici di supporto alla prescrizione; ii) l'attribuzione della classe di priorità anche da parte degli specialisti eroganti le prestazioni; iii) l'analisi della concordanza, rispetto alle classi di priorità assegnate ai singoli casi, tra medici prescrittori e specialisti eroganti le prestazioni; iv) il feedback continuo e periodico a medici prescrittori e specialisti eroganti le prestazioni dei valori rilevati di concordanza.

Ricovero programmato: per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day-Hospital 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 stata rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, o dallo Specialista ospedaliero o da un medico di fiducia del paziente.

Scelta dell'utente: situazione nella quale l'utente, operando una scelta personale rispetto al luogo o al momento di erogazione della prestazione proposta dal sistema, determina una sostanziale variazione del tempo di attesa tale da comportare, ad esempio, il superamento del tempo massimo previsto per quella prestazione ed eventualmente, per quello specifico codice di priorità.

SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera, istituita con il Decreto del Ministero della Sanità del28 dicembre 1991, è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Teleconsulto medico: È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sotto forma di *file* digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento del loro lavoro. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza.

Tempo di attesa per le prestazioni di ricovero programmato: tempo che intercorre tra la data di iscrizione in lista d'attesa e la data del ricovero. 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. Questo tempo non va confuso con il tempo pre-operatorio, ovvero quello che intercorre tra il momento del ricovero e l'esecuzione della procedura/intervento, che non è oggetto del monitoraggio.

Tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali: il tempo di attesa ex ante è definito come il tempo che intercorre tra la data di contatto/prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e la data di appuntamento.
Il tempo di attesa ex post è definito come il tempo che intercorre dalla data di contatto/prenotazione di una prestazione specialistica ambulatoriale e la data di erogazione.

Tempo massimo di attesa: Rappresenta il tempo massimo che può intercorrere tra la data della contatto/prenotazione delle prestazioni e l'erogazione delle stesse; il valore standard da rispettare è fissato dalla Regione, in attuazione delle indicazioni nazionali.

Tipo di accesso:
Per le prestazioni ambulatoriali indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un 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) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

Il campo ha la seguente codifica:
1= primo accesso.
0= altra tipologia di accesso.
***Per le prestazioni di ricovero** indica la tipologia del "regime di ricovero", che può essere ordinario o diurno.*
Per tutti i ricoveri in regime ordinario, viene indicato il tipo di ricovero, per distinguere i ricoveri programmati dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.
Il codice ha la seguente codifica:

1. *ricovero programmato, non urgente;*
2. *ricovero urgente;*
3. *ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);*
4. *ricovero programmato con pre-ospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione.*

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi. Se un paziente accede all'Istituto di cura dal Pronto Soccorso (Provenienza del paziente 1. paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico) il campo tipo di ricovero deve essere compilato con la voce 2 ricovero urgente.

Per i ricoveri in regime di day hospital il campo tipo di ricovero non è necessario in quanto, in questo caso, il ricovero è sempre programmato.

ALLEGATO F

GLOSSARIO PER IL CITTADINO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA

Agenda chiusa: agenda di prenotazione temporaneamente (o periodicamente) chiusa, ovvero in ogni caso non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni.

Agenda di prenotazione: strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite il Centro Unificato di Prenotazione (CUP). Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone.

Attività libero-professionale intramuraria (ALPI): si intende l'attività che i dirigenti medici e sanitari svolgono, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, individualmente o in equipe, al di fuori del proprio orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, su libera scelta dell'assistito, in adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, con oneri a carico dello stesso.
Azienda sanitaria: si intende un ente pubblico deputato all'erogazione di servizi sanitari. Nel Piano Nazionale Governo Liste Attesa indica il soggetto erogatore o garante delle prestazioni. Nel monitoraggio dei tempi di attesa istituzionali (SSN) le Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS di diritto pubblico, Policlinici universitari comprese le strutture private accreditate in convenzione, contribuiscono alla garanzia dell'accesso e dei tempi di attesa nell'ambito territoriale in cui è presente l'Azienda sanitaria territoriale.

Raccomandazioni e buone pratiche clinico-assistenziali: gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Classe di priorità: un sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Per le prestazioni ambulatoriali sono previste le seguenti specifiche.
U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);
B= entro 10 gg;
D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni diagnostiche);
P= entro 120 gg. La classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 gg.
Per le prestazioni di ricovero sono previste le seguenti.
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 da 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.

CUP (Centro Unificato di Prenotazione): sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire con efficienza l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.). Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Day Service Ambulatoriale (DSA): 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. 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.

Data appuntamento della prestazione specialistica ambulatoriale: è la data che viene assegnata all'atto della prenotazione per l'erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale.

Data di contatto per prestazione specialistica ambulatoriale: è la data in cui il cittadino entra in contatto con il sistema di prenotazione di specialistica ambulatoriale.

Data di dimissione: corrisponde alla giornata della dimissione dal ricovero ospedaliero.

Data di erogazione: è la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino.

Data di Prenotazione del ricovero: corrisponde alla data di inserimento del paziente nella lista d'attesa per i ricoveri programmati.

Data di prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale: è la data di compilazione da parte del medico prescrittore della richiesta (prescrizione SSN) di prestazioni ambulatoriali.

Data di prima disponibilità di erogazione: è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento della richiesta tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di assistenza dell'assistito.

Data di refertazione: è la data in cui viene redatto il referto. La struttura erogatrice rilascia il referto.

Data del ricovero: è la data effettiva del ricovero.

Mancate prestazioni (ritirarsi, rinuncia alla prestazione prenotata): mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti. In questo caso, laddove le cause di mancata presentazione siano riconducibili a libere scelte del cittadino, quest'ultimo deve comunicare al sistema di prenotazione la rinuncia alla prestazione prenotata.

Garanzia dei tempi massimi: il cittadino ha il diritto di ricevere una visita medica o un esame entro un certo tempo stabilito, che dipende dalla gravità del suo caso. Se il cittadino sceglie una data diversa da quella che gli è stata offerta, la prestazione esce dall'ambito di garanzie e il Servizio Sanitario Regionale (SSR) può non rispettare i tempi già previsti.

Modalità di prenotazione: indica tutte le possibili tipologie di accesso alla prenotazione previste dall'Azienda sanitaria: sportelli di prenotazione, via telefonica, via telematica (farmacie, MMG collegati in rete con l'Azienda), via Internet, ecc. Le prenotazioni vengono registrate nel sistema del Centro Unificato di Prenotazione (CUP).

Numero di persone in attesa: è il numero di persone che aspettano di avere una visita, un esame o un ricovero. Sono comprese in questo numero anche le persone che hanno appuntamenti molto lontani nel tempo o che ancora non hanno una data fissata.

Pre-lista: la pre-lista non è una vera e propria agenda di prenotazione, ma consente la presa in carico delle richieste in un elenco progressivo in ordine cronologico per data di primo contatto al punto di prenotazione, qualora non ci sia disponibilità nei tempi previsti dalla classe di priorità.

Pre-ospedalizzazione: si tratta degli esami e trattamenti da fare prima di essere ricoverati in ospedale, per diminuire la durata del ricovero.

Prestazione ambulatoriale: atto clinico-assistenziale, di natura diagnostica e/o terapeutica, erogato da professionisti/strutture nei riguardi di un paziente. Oggetto di rilevazione per i tempi di attesa sono alcune tipologie di visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale.

Prestazione in emergenza/urgenza clinica: i ricoveri urgenti sono quelli che devono avvenire in tempi brevissimi e comunque entro 72 ore, per garantire la salute del paziente.
Anche alcuni esami o visite devono essere effettuati molto rapidamente perché la condizione del paziente è seria, e quindi in questi casi non si segue la normale lista d'attesa. Si può accedere direttamente al Pronto Soccorso o tramite una "ricetta del SSN".
Se nella ricetta è presente un codice "U", secondo la legge, quella prestazione, pur essendo considerata urgente, può essere effettuata entro 72 ore dalla prescrizione del medico.

Prestazione da garantire: è una prestazione (ricovero, visita medica, esame) prevista in un elenco nazionale e/o regionale, che dev'essere effettuata entro i tempi massimi di attesa in quanto rientra nell'ambito di garanzia dei tempi massimi.

Percorsi diagnostico-terapeutici: serie di visite e trattamenti che coinvolgono diversi medici e professionisti, organizzati in modo preciso. Lo scopo è quello di trovare la causa di una malattia e decidere il trattamento migliore per curarla.

Ricovero programmato: è un ricovero ospedaliero, anche in giornata (day-hospital), che può essere previsto in anticipo. Questo succede quando il medico di famiglia, il pediatra, uno specialista dell'ospedale o un medico di fiducia del paziente ritengono che il ricovero non debba avvenire con urgenza, in base alle condizioni di salute del paziente o degli esami da fare.

Scelta dell'utente: se l'utente rifiuta la proposta di data e/o sede di erogazione della prestazione, accetta che il tempo di attesa possa subire un allungamento e possa perdere la precedenza assegnata.

Tempo di attesa per il ricovero programmato: è il tempo che passa dalla data in cui il paziente accetta di essere messo in lista di attesa e il giorno in cui il paziente viene ricoverato.

Tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali: è il tempo che intercorre tra la data di prenotazione e la data dell'appuntamento.
Tempo massimo di attesa: è il tempo massimo tra quando si prenota una visita e quando la si riceve. Questo tempo è stabilito dalle Regioni, seguendo le linee guida nazionali.
Tipo di accesso: Il tipo di accesso per le visite mediche si divide in primo accesso e accesso successivo. Il primo accesso riguarda la prima visita o il primo esame diagnostico richiesto, mentre l'accesso successivo è per controlli o visite successive.
Quando si tratta di un ricovero, si specifica se si tratta di un ricovero ordinario o giornaliero.
Nei ricoveri ordinari, dev'essere indicato se si tratta di un ricovero programmato, urgente, obbligatorio per legge (TSO), o se si tratta di un ricovero programmato con pre-ospedalizzazione.
Se un paziente viene dal Pronto Soccorso senza una prescrizione medica di ricovero, viene considerato un ricovero urgente.
Per i ricoveri giornalieri, non è necessario specificare il tipo di ricovero perché sono sempre programmati.

ALLEGATO G

PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

ALLEGATO G.1 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA

VISITE SPECIALISTICHE

CODICE PNGLA	DENOMINAZIONE CODICE PNGLA	DENOMINAZIONE PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE	CODICE DISCIPLINA
1	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	89.7A.3	
2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	89.7A.2	
3	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	89.7A.6	
4	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	89.7A.7	
5	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA*	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA*	89.7A.8	
6	PRIMA VISITA FISIATRICA	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	89.7B.2	
7	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7A.9	
8	PRIMA VISITA GERIATRICA	PRIMA VISITA GERIATRICA	89.7	21
9	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	89.26.1	
10	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	89.7B.4	
11	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	89.13	
12	PRIMA VISITA OCULISTICA	PRIMA VISITA OCULISTICA	95.02	
13	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	89.7B.6	
14	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	89.7B.7	
15	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7B.8	
16	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	89.7B.9	
17	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	89.7	71
18	PRIMA VISITA UROLOGICA*	PRIMA VISITA UROLOGICA*	89.7C.2	
19	PRIMA VISITA EMATOLOGICA	PRIMA VISITA EMATOLOGICA	89.7	18

***rientrano tutte le prestazioni che afferiscono a quel codice DM es. PRIMA VISITA DIABETOLOGICA o PRIMA VISITA ANDROLOGICA**

PRESTAZIONI STRUMENTALI

CODICE PNGLA	DENOMINAZIONE CODICE PNGLA	DENOMINAZIONE PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
20	COLONSCOPIA	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.23
21	ECOGRAFICA CAPO E COLLO	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4
22	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	88.72.2
23	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA TRONCHI SOVRAAORTICI	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5
24	ECOCOLORDOPPLER ARTI	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.4
		ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.6
25	ECOCOLOR DOPPLER GROSSI VASI ADDOMINALI	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	88.76.3
26	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	88.78.2
27	ECOGRAFIA ADDOME	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1
		ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1
		ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1
28	ECOGRAFIA MAMMELLA	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1
		ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.2
29	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	88.79.3
30	ECOGRAFIA E ECODOPPLER SCROTALE	ECOGRAFIA SCROTALE	88.79.6
		ECOCOLORDOPPLER SCROTALE	88.79.E
31	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	89.50
32	ELETTROMIOGRAFIA	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO	93.08.C
		ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO	93.08.D
		ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	93.08.B
		ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	93.08.A
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]	45.13
34	ESAME AUDIOMETRICO	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95.41.1
		ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	95.41.2
35	IMPEDENZOMETRIA	IMPEDENZOMETRIA	95.42
36	MAMMOGRAFIA	MAMMOGRAFIA BILATERALE	87.37.1
		MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.2
37	ORTOPANORAMICA ARCATE DENTARIE	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE	87.11.3
38	RM ADDOME	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4
		RM DELL'ADDOME SUPERIORE	88.95.1

CODICE PNGLA	DENOMINAZIONE CODICE PNGLA	DENOMINAZIONE PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
39	RM DEL COLLO	RM DEL COLLO	88.91.6
40	EM ENCEFALO	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1
41	RM OSTEOARTICOLARI	RM DEL RACHIDE CERVICALE	88.93.2
		RM DEL RACHIDE DORSALE	88.93.3
		RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	88.93.4
		RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO	88.93.5
		RM DELLA COLONNA IN TOTO	88.93.6
		RM ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE	88.94.B
		RM DEL BACINO	88.94.A

		RM DEL BRACCIO	88.94.5
		RM DEL GINOCCHIO	88.94.D
		RM DEL GOMITO	88.94.6
		RM DEL PIEDE	88.94.G
		RM DEL POLSO	88.94.8
		RM DELLA CAVIGLIA	88.94.F
		RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE)	88.94.C
		RM DELLA GAMBA	88.94.E
		RM DELLA MANO	88.94.9
		RM DELLA SPALLA	88.94.4
		RM DELL'AVAMBRACCIO	88.94.7
42	RX COLONNA	RX DELLA COLONNA CERVICALE	87.22
		RX DELLA COLONNA DORSALE	87.23
		RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	87.24
		RX STANDARD SACROCOCCIGEA	87.24.6
43	RX OSTEOARTICOLARI	RX DEL PIEDE [CALCAGNO]	88.28.2
		RX DELLA CAVIGLIA	88.28.1
		RX DEL FEMORE	88.27.1
		RX DEL GINOCCHIO	88.27.2
		RX DELLA GAMBA	88.27.3
		RX DEL GOMITO	88.22.1
		RX DELL'AVAMBRACCIO	88.22.2
		RX DEL POLSO	88.23.1
		RX DELLA MANO	88.23.2
		RX DELLA SPALLA	88.21.2
		RX DEL TORACE	87.44.1

CODICE PNGLA	DENOMINAZIONE CODICE PNGLA	DENOMINAZIONE PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
44	SPIROMETRIA	SPIROMETRIA GLOBALE	89.37.2
		SPIROMETRIA SEMPLICE	89.37.1
45	TC ADDOME	TC DELL'ADDOME SUPERIORE	88.01.1
		TC DELL'ADDOME INFERIORE	88.01.3
		TC DELL'ADDOME COMPLETO	88.01.5
46	TC OSTEOARTICOLARI	TC DEL BRACCIO	88.38.H
		TC DEL GINOCCHIO	88.39.4
		TC DEL GOMITO	88.38.J
		TC DEL PIEDE	88.39.7
		TC DEL POLSO	88.38.L
		TC DELLA CAVIGLIA	88.39.6
		TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE)	88.39.3
		TC DELLA GAMBA	88.39.5
		TC DELLA MANO	88.38.M
		TC DELLA SPALLA	88.38.G
		TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE	88.39.2
		TC DELL'AVAMBRACCIO	88.38.K
		TC DI CAVIGLIA E PIEDE	88.39.9

		TC DI GINOCCHIO E GAMBA	88.39.8
		TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO	88.38.P
		TC DI POLSO E MANO	88.38.Q
		TC DI SPALLA E BRACCIO	88.38.N
		TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	88.38.A
		TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO	88.38.B
		TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE	88.38.C
		TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5
		TC CRANIO-ENCEFALO	87.03
47	TC CRANIO-ENCEFALO	TC MASSICCIO FACCIALE	87.03.2
48	TC MASSICCIO FACCIALE	TC DEL TORACE	87.41
49	TC TORACE	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE	89.41
50	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO		

ALLEGATO G.2 PRESTAZIONI DI RICOVERO

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO					
Numero	**Prestazione**	**Codici Intervento ICD-9 CM**	**Classificazione Italiana delle Procedure e degli Interventi Chirurgici (CIPI)**	**Codici Diagnosi ICD-9 CM**	**Codici Diagnosi ICD-10 IM**
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	85.20.00; 85.20.1P; 85.20.Z0; 85.21.10; 85.21.30; 85.21.40; 85.22.1C; 85.22.2C; 85.22.3C; 85.23.1C; 85.23.2C; 85.23.3C; 85.24.0C; 85.25.00; 85.33.10; 85.33.20; 85.34.10; 85.34.20; 85.34.30; 85.34.40; 85.35.10; 85.35.20; 85.36.10; 85.36.20; 85.36.30; 85.36.40; 85.41.1C; 85.41.2C; 85.4Z.00; 85.42.1C; 85.42.2C; 85.43.1C; 85.43.2C; 85.44.1C; 85.44.2C; 85.45.1C; 85.45.2C; 85.46.1C; 85.46.2C; 85.47.1C; 85.48.1C	174.x; 198.81; 233.0	C50.0; C50.1; C50.2; C50.3; C50.4; C50.5; C50.6; C50.8; C50.9; C79.80; D05.0; D05.1; D05.7; D05.9
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	60.21.1N; 60.22.1N; 60.22.2N; 60.22.3N; 60.22.4N; 60.22.5N; 60.2Z.0N; 60.30.0C; 60.30.0S; 60.40.0C; 60.40.0S; 60.51.0C; 60.51.0S; 60.52.0C; 60.52.0S; 60.53.0C; 60.53.0S; 60.5Z.00; 60.61.0C; 60.61.0S; 60.61.Z0; 60.62.0C; 60.69.Z0; 60.96.1N; 60.96.2N	185; 198.82	C61; C79.81
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	45.71.0C; 45.71.0S; 45.72.0C; 45.72.0S; 45.73.0C; 45.73.0S; 45.73.1C; 45.73.1S; 45.73.2C; 45.73.2S; 45.73.3C; 45.73.3S; 45.73.Z0; 45.74.0C; 45.74.0S; 45.74.Z0; 45.75.0C; 45.75.0S; 45.75.1C; 45.75.1S; 45.75.Z0; 45.76.0C; 45.76.0S; 45.76.1C; 45.76.1S; 45.76.Z0; 45.79.Z0; 48.61.2C; 48.61.2S; 48.61.Z0; 68.82.1C; 68.82.1S; 68.83.1C; 68.83.1S; 45.80.0C; 45.80.0S; 45.80.1C; 45.80.1S; 45.80.Z0; 48.51.0C; 48.51.0S; 45.96.0N; 45.9Z.00; 45.91.0C; 45.91.0S; 45.92.0C; 45.92.0S; 45.93.0C; 45.93.0S; 45.94.0C; 45.94.0S; 45.95.0C; 45.95.0S; 46.51.1C; 46.51.1S; 46.51.2C; 46.51.2S; 46.51.3C; 46.51.3S; 46.52.1C; 46.52.1S; 46.03.0C; 46.03.0S; 46.04.00; 46.1Z.00; 46.11.00; 46.13.00; 46.14.00	153.x; 197.5	C18.0; C18.1; C18.2; C18.3; C18.4; C18.5; C18.6; C18.7; C18.8; C18.9; C78.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	48.49.0S; 48.49.1C; 48.49.2C; 48.49.Z0; 48.50.0C; 48.50.0S; 48.50.1H; 48.50.2C; 48.50.3C; 48.50.4C; 48.50.4S; 48.51.0C; 48.51.0S; 48.5Z.00; 48.61.10; 48.62.0C; 48.62.0S; 48.62.1C; 48.62.1S; 48.62.Z0; 48.63.1C; 48.63.1S; 48.63.2C; 48.63.2S; 48.63.3E; 48.63.4C; 48.63.4S; 48.63.5C; 48.63.5S; 48.63.Z0; 48.64.0C; 48.64.Z0; 48.61.2C; 48.61.2S; 48.61.Z0; 48.69.1C; 48.69.1S; 48.69.2M; 48.69.3M; 48.69.4C; 48.69.Z0; 68.82.1C; 68.82.1S; 68.82.2C; 68.82.2S	154.x; 197.5	C19; C20; C21.0; C21.1; C21.2; C21.8; C78.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	68.31.0S; 68.38.0S; 68.38.0C; 68.39.0C; 68.39.Z0; 68.41.1S; 68.41.2S; 68.41.3S; 68.41.4S; 68.42.1S; 68.42.2S; 68.42.3S; 68.42.4S; 68.43.1C; 68.43.2C; 68.44.1C; 68.44.2C; 68.44.4C; 68.49.Z0; 68.51.1S; 68.52.1S; 68.52.2S; 68.53.0C; 68.59.Z0; 68.61.0S; 68.62.1S; 68.62.2S; 68.62.3S; 68.62.4S; 68.63.0S; 68.64.1S; 68.64.2S; 68.64.3S; 68.64.4S; 68.69.Z0; 68.71.0S; 68.72.1S; 68.72.2S; 68.73.0C; 68.79.Z0; 68.81.1C; 68.81.1S; 68.81.2C; 68.81.2S; 68.81.Z0; 68.82.1C; 68.82.1S; 68.82.2C; 68.82.2S; 68.82.Z0; 68.83.1C; 68.83.1S; 68.83.Z0; 68.8Z.00; 68.Z1.00; 68.Z2.00	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82	C55; C53.0; C53.1; C53.8; C53.9; C54.0; C54.1; C54.2; C54.3; C54.8; C54.9; C56; C57.0; C57.1; C57.2; C57.3; C57.4; C57.4; C57.8; C51.0; C51.1; C51.2; C51.8; C51.9; C52; C57.7; C57.8; C57.9; C79.6; C79.81
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	86.41.00; 86.42.10; 86.42.20; 86.42.30; 86.42.Z0	172.x	C43.0; C43.1; C43.2; C43.3; C43.4; C43.5; C43.6; C43.7; C43.8; C43.9; D03.0; D03.1; D03.2; D03.3; D03.4; D03.5; D03.6; D03.7; D03.8; D03.9
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	06.20.0M; 06.20.1C; 06.20.1M; 06.20.2C; 06.20.30; 06.20.40; 06.20.OC; 06.2Z.00; 06.31.00; 06.32.00; 06.39.00; 06.39.Z0; 06.40.1C; 06.40.1M; 06.40.2C; 06.40.2M; 06.40.30; 06.40.40; 06.4Z.00; 06.5Z.00; 06.51.0C; 06.52.0C; 06.60.00	193	C73
8	Bypass aortocoronarico	36.1x	36.10.0C; 36.11.1C; 36.11.2C; 36.11.2M; 36.11.Z0; 36.12.1C; 36.12.2C; 36.12.2M; 36.12.3C; 36.12.4C; 36.12.4M; 36.12.Z0; 36.13.1C; 36.13.2C; 36.13.2M; 36.13.3C; 36.13.4C; 36.13.4M; 36.13.Z0; 36.14.1C; 36.14.2C; 36.14.2M; 36.14.3C; 36.14.4C; 36.14.4M; 36.14.Z0; 36.15.1C; 36.15.2C; 36.15.2M; 36.15.3C; 36.15.4C; 36.15.4M; 36.15.5C; 36.15.6C; 36.15.6M; 36.15.Z0; 36.16.1C; 36.16.2C; 36.16.3C; 36.16.4C; 36.16.4M; 36.16.5C; 36.16.5M; 36.16.6C; 36.16.6M; 36.16.Z0; 36.17.Z0; 36.19.1C; 36.19.Z0		

9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	36.00.0B; 36.05.1B; 36.05.2B; 36.05.3B; 36.05.4B; 36.05.5B; 36.05.6B; 36.05.7B; 36.05.8B; 36.05.ZB; 36.06.10; 36.06.20; 36.06.30; 36.06.Z0; 36.07.10; 36.07.20; 36.07.30; 36.07.Z0		
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	38.12.1C; 38.12.2C; 38.12.3C; 38.12.4C; 38.12.5C; 38.12.6C; 38.12.7C; 38.12.8C; 38.12.Z0		
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	81.53.20; 81.53.70; 81.53.Z1; 81.53.Z2; 81.53.50; 81.53.Z3; 81.53.60; 81.53.90; 81.53.A0; 81.53.B0; 81.53.C0; 81.53.D0; 81.51.10; 81.51.20; 81.51.30; 81.51.40; 81.51.50; 81.51.60; 81.51.70; 81.51.80; 81.51.Z0; 81.52.10; 81.52.20; 81.52.30; 81.52.Z0; 81.53.20; 81.53.70; 81.53.10; 81.53.30; 81.53.40; 81.53.50; 81.53.60; 81.53.80; 81.53.Z		
12	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	32.2Z.00; 32.30.0C; 32.30.0S; 32.40.0C; 32.40.0S; 32.41.0C; 32.41.0S; 32.4Z.00; 32.50.0C; 32.50.0S; 32.51.0C; 32.51.0S; 32.60.0C; 32.Z0.00	162.x; 197.0	C33; C34.0; C34.1; C34.2; C34.3; C34.8; C34.9; C78.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	51.23.1S; 51.23.2S; 51.23.3S; 51.23.4S; 51.23.Z0	574.x; 575.x	
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	36.51.1B; 36.51.2B; 36.51.ZB; 36.52.1B; 38.29.2B; 88.55.0B; 88.55.1B; 88.56.0B; 36.04.0B; 88.57.Z0		
15	Intervento protesi ginocchio	00.80; 00.81; 00.82; 00.83; 00.84; 81.54; 81.55	81.55.10; 81.55.30; 81.55.40; 81.55.50; 81.55.60; 81.55.70; 81.54.10; 81.54.20; 81.54.30; 81.54.40; 81.54.Z0; 81.55.10; 81.55.30; 81.55.40; 81.55.50; 81.55.60; 81.55.70; 81.55.20; 81.55.Z0		
16	**Riparazione di ernia inguinale**	53.0; 53.1	53.01.0C; 53.01.0S; 53.02.0C; 53.02.0S; 53.03.0C; 53.03.0S; 53.03.1C; 53.03.1S; 53.04.0C; 53.04.0S; 53.04.1C; 53.04.1S; 53.05.Z0; 53.11.0C; 53.11.0S; 53.12.0C; 53.12.0S; 53.13.0C; 53.13.0S; 53.14.0C; 53.14.0S; 53.14.1C; 53.14.1S; 53.15.0C; 53.15.0S; 53.15.1C; 53.15.1S; 53.16.0C; 53.16.0S; 53.1Z.00		
17	**Emorroidectomia**	49.46	49.46.00		

**

Si specifica che i codici della *Classificazione Italiana delle Procedure e degli Interventi Chirurgici* (CIPI) e i codici *ICD-10 IM* utilizzati per la composizione della presente tabella denominata "*Prestazioni in ricovero ordinario o diurno*" sono in fase di sperimentazione a livello nazionale, e potrebbero subire successive modifiche.

Allegato C

DISPOSIZIONI REGIONALI DI APPROPRIATA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA

Piani Aziendali di recupero delle liste d'attesa — 1° luglio 2026 / 31 dicembre 2026

Premessa e finalità

La prima fase del Piano Aziendale Sperimentale (PAS) per il recupero delle prestazioni prenotate oltre i valori soglia, disposto con **DGR n. 1 del 9 gennaio 2026** e approvato nei piani aziendali con **DGR n. 29 del 30 gennaio 2026**, si è concluso il **30 giugno 2026**.

Le due deliberazioni assegnavano ai dieci enti del Servizio Sanitario Regionale un obiettivo complessivo di **124.320 prestazioni** — 114.300 di specialistica ambulatoriale e 10.020 ricoveri — e un budget di **15 milioni di euro**.

Al termine del periodo sperimentale il monitoraggio regionale documenta il raggiungimento e il superamento dell'obiettivo assegnato sul recupero del pregresso con 231.435 persone richiamate e 157.176 prestazioni recuperate, con una prioritizzazione coerente delle classi cliniche a maggiore impatto e una funzione di manutenzione e pulizia delle liste.

La sperimentazione ha inoltre reso disponibili, per la prima volta in modo sistematico, gli elementi conoscitivi sui modelli organizzativi aziendali, sulle criticità nella risposta ai cittadini e sugli interventi prioritari da attivare.

Con il presente provvedimento la Regione dispone la **prosecuzione dei Piani fino al 31 dicembre 2026**, affiancando al recupero delle prestazioni prenotate fuori soglia il miglioramento strutturale dei tempi di attesa delle nuove prescrizioni, insieme ad azioni finalizzate al governo della domanda e dell'appropriatezza prescrittiva e al miglioramento della presa in carico dei pazienti oncologici, cronici e fragili.

Gli interventi si collocano nella cornice del **Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026–2028** e costituiscono il ponte verso il nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa.

1.Adozione dei Piani Aziendali e contenuti minimi

Le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti ad adottare, entro il 14 settembre 2026, il Piano Aziendale di recupero delle liste d'attesa relativo al periodo 1° luglio 2026 – 31 dicembre 2026, secondo la metodologia già utilizzata per il Piano sperimentale del primo semestre 2026.

I Piani Aziendali Sperimentali dovranno contenere:

- L'individuazione delle modalità di organizzazione e stabilizzazione delle funzioni di recall, sia con riferimento al recupero delle prenotazioni fuori soglia dei tempi di garanzia, sia con riferimento alle misure per la prevenzione del fenomeno del no-show e per il riutilizzo degli slot liberati per le nuove prenotazioni, in ordine di priorità e di data di appuntamento;
- Il target di prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero di recupero delle prenotazioni fuori soglia dei tempi di garanzia, con priorità assegnata alle prenotazioni in lista di attesa con codice Urgente e Breve e, per i ricoveri, in classe A;
- La pianificazione delle attività relative al miglioramento dei tempi di attesa delle nuove prescrizioni, con priorità assegnata alle prestazioni più critiche per volumi e mancato rispetto della garanzia, e con riferimento alle dimensioni misurate dagli indicatori del sistema di valutazione liste di attesa, di cui al successivo paragrafo dedicato;
- La descrizione delle iniziative per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, ex ante ed ex post, da attivare a livello di singolo distretto socio-sanitario, con relativo sistema di monitoraggio, in attuazione di quanto definito nel seguito.

In fase di definizione dei nuovi Piani Aziendali, si rende opportuna la valorizzazione delle buone prassi messe in atto da ciascuna Azienda ed Ente, tra cui, a titolo esemplificativo: il rinvio ai percorsi di screening organizzato per le prestazioni già assicurate per i soggetti nelle fasce di età target; le modalità di presidio del fenomeno di no-show; i modelli di riallocazione giornaliera delle prestazioni con codice U in overbooking; ecc.

Nelle more dell'approvazione dei nuovi Piani Aziendali, è consentito il riconoscimento delle prestazioni aggiuntive, subordinatamente alla preventiva verifica dell'attività istituzionale ordinaria effettivamente erogata e in coerenza con la programmazione di cui ai punti precedenti.

Le Aziende ed Enti del SSR devono assicurare la tracciabilità delle attività svolte nell'ambito del Piano di recupero, garantendo:

- l'identificazione delle prestazioni riconducibili al Piano;
- il monitoraggio delle prestazioni aggiuntive autorizzate per disciplina;
- la rilevazione delle modalità di erogazione delle prestazioni previste dalla normativa vigente.

Le Aziende dovranno assicurare il monitoraggio mensile delle attività e dei costi su base mensile, secondo le indicazioni e le modalità che saranno definite dal Tavolo di monitoraggio regionale, entro 10 giorni dall'approvazione dei Piani.

---

2. Governo della domanda: appropriatezza prescrittiva

2.1 Tavolo regionale sull'appropriatezza prescrittiva

Si intende proporre la costituzione un Tavolo regionale sull'appropriatezza prescrittiva, coordinato da AReSS Puglia e dal Dipartimento Salute e Benessere, e costituito da: un referente delle Direzioni Sanitarie delle Aziende ed Enti del SSR; un referente delle Unità Distrettuali di Medicina Generale per Azienda; un referente degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. Il Tavolo avrà i seguenti compiti:

- Analizzare congiuntamente i dati di monitoraggio delle attività prescrittive, con riferimento alle linee guida nazionali e regionali e ai volumi prescrittivi per specialità, classe di priorità e profilo prescrittore
- Valutare la correttezza e l'omogeneità dell'attribuzione dei codici di priorità (U/B/D/P) sul territorio regionale, identificando criticità e scostamenti rispetto agli standard attesi
- Proporre indirizzi regionali per il miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale, anche attraverso l'individuazione di percorsi clinici
- Definire modalità e strumenti di supporto al monitoraggio continuativo dell'attività prescrittiva, favorendo il ritorno informativo ai prescrittori a livello aziendale e distrettuale
- Definire meccanismi di controllo e audit clinico condivisi, anche ai fini del raccordo con le procedure di verifica previste dalla normativa vigente
- Proporre programmi di formazione e aggiornamento dei prescrittori, con attenzione alle specificità delle diverse discipline specialistiche

Il Tavolo dovrà essere insediato entro il 21 settembre 2026.

2.2 Gruppo di lavoro aziendale (verifica ex ante ed ex post)

Ogni Azienda ed Ente del SSR costituisce al proprio interno un gruppo di lavoro aziendale responsabile della definizione e del monitoraggio delle attività di verifica di appropriatezza prescrittiva ex ante ed ex post, coordinato dal Direttore Sanitario, Responsabile del Controllo di Gestione, RULA e Cup Manager; nelle Aziende territoriali, il gruppo di lavoro dovrà includere i Direttori dei Distretti Socio-Sanitari e il Referente delle Cure Primarie, con la finalità di dare attuazione a quanto previsto dall' articolo 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale del 15.01.2026, che stabilisce quanto segue:

"*Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere previsto specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti. In particolare, per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale nei processi di budgeting aziendali".*

Secondo l'art. 45 del medesimo ACN, inoltre:

"Il medico del ruolo unico di assistenza primaria concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio Sanitario Nazionale, a:
a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza;
b) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.
(…)

Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico del ruolo unico di assistenza primaria ritenuti non conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all'organismo

composto dai soggetti individuati al successivo comma 8, deputati a verificare l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.

Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 7, dal referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da altri due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario della Azienda.

L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:

a) *la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;*
b) *il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.*

Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono con appropriatezza, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente.

2.3 Controlli in fase prescrittiva (SIST)

La Regione in concerto con il Ministero della Salute e MEF ha adottato negli ultimi anni una serie di misure atte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche.

Di seguito sono riportati i controlli implementati nel SIST in fase di prescrizione:

CONTROLLI PRESENTI SUL SIST PER APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Si confermano i controlli presenti sul Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST -Puglia) riferiti alla prescrizione di prestazioni specialistiche ai sensi delle DD.GG.RR N. DGR 748, DGR 749, DGR 797 del 23 Maggio 2022.

Come previsto al par. 8.6 dell'allegato alla DGR n.1332/2020 è operativo il blocco di emissione di prescrizione dematerializzata per prestazioni specialistiche e diagnostiche previste nei primi livelli

dei protocolli operativi dei programmi di screening oncologici approvati dalla Giunta regionale con DGR 1724/24, 749/22 e 748/22, rispettivamente per mammella, colon-retto e cervice, per la popolazione che rientra nelle rispettive fasce d'età. La prescrizione è possibile solo utilizzando specifici codici prestazioni specialistiche e diagnostiche e solo in presenza di sintomatologia o patologia pregressa.

Si conferma il contenuto delle circolari regionali già emanate al fine di impartire disposizioni operative per l'attuazione delle disposizioni per l'appropriatezza prescrittiva delle persone in fascia d'età screening nonché quelle finalizzate a bloccare la prenotazione da parte dei CUP relativamente alle analoghe prestazioni specialistiche e diagnostiche previste dai programmi di screening e per soggetti in fascia d'età screening, laddove la prescrizione avvenga su ricetta rossa analogica.

Con **Nota Regionale "Protocollo N.0343677/2025 del 24/06/2025"** con oggetto: "SIST – Introduzione di controlli in fase prescrittiva e focus sulla presa in carico degli assistiti - nota prot. 0275458/2025 del 22/05/2025. Precisazioni" sono stati disposti ulteriori meccanismi per regolare l'appropriatezza della prescrizione che vertono all'inserimento della tipologia di accesso e classe priorità compatibili con le prestazioni prescritte e sono i seguenti:

- controllo bloccante nel momento in cui viene inserita una qualsiasi priorità per tutte le prestazioni di controllo: la priorità deve essere indicata, sempre, solo per i primi accessi ;
- controllo bloccante nel momento in cui viene impostato un "primo accesso" per i codici del nuovo catalogo che corrispondono a visite o prestazioni di controllo. Per i codici delle prestazioni del catalogo che non sono riconducibili a visite o prestazioni di controllo, sarà considerato il tipo accesso indicato dal medico prescrittore ;
- controllo bloccante nel momento in cui viene impostato come tipo accesso un accesso successivo per codici del nuovo catalogo che corrispondono a prime visite o prestazioni strumentali in primo accesso. Per i codici delle prestazioni del catalogo che non sono riconducibili a primi accessi, sarà considerato il tipo accesso indicato dal medico prescrittore;
- controllo non bloccante nel caso in cui si prescriva per un assistito una prestazione pur esistendo già, per lo stesso assistito e per la medesima prestazione, una prescrizione emessa nei 3 mesi precedenti nello stato 'prescritta' o 'prenotata' e con priorità diversa. Nel caso in cui la prescrizione precedente non sia stata ancora prenotata, il mes-

saggio che appare suggerirà al medico prescrittore di annullare la prescrizione precedente prima di procedere con la nuova prescrizione.

- controllo non bloccante nel caso in cui si prescriva per un assistito una prestazione pur esistendo già per lo stesso assistito una prescrizione identica non scaduta in stato 'prescritta' o 'prenotata'.

Con A.D. AOO_212_DIR_2026_00028 - 212_DIR_2026_00028_Determina ESENZIONE MR MCR è stato inserito un ulteriore controllo

- Controllo bloccante per prescrizione specialistica con esenzione certificata non associata alla prestazione come da Allegati 7 ed 8 del DPCM NUOVI LEA 2017.

Tali meccanismi informatici sono qui confermati.

CONTROLLO COERENZA CON MANUALE RAO di Agenas

Il manuale RAO sono delle linee guida che, in funzione della prestazione e quesito diagnostico, suggeriscono la corretta classe di priorità da indicare in fase di prescrizione.

In fase prescrittiva, gli applicativi dei medici delle cure primarie e la web application del SIST, applicheranno le linee guida del manuale RAO per guidare i medici nell'indicazione corretta della priorità.

L'ultima versione delle linee guida RAO, emesse da AGENAS, hanno previsto, per ogni prestazione, un quesito diagnostico generico nella quota limite del 10%, questo limite sarà monitorato dal SIST.

2.4 Scadenza della validità della ricetta per priorità

Dall'analisi della data di prenotazione delle prestazioni per priorità sono stati rilevati significativi scostamenti e, pertanto, si intende prevedere i tempi entro cui la ricetta conserva validità ai fini dell'effettuazione della prenotazione:

a) U (Urgente): da prenotare entro 5 giorni dalla data di prescrizione;
b) B (Breve): da prenotare entro 15 giorni dalla data di prescrizione;
c) D (Differibile): da prenotare entro 40 giorni visite / 70 giorni prestazioni strumentali dalla data di prescrizione;
d) P (Programmata): da prenotare entro 130 giorni dalla data di prescrizione.

La validità della ricetta riguarda il momento della prenotazione, non il giorno in cui viene effettuata la prestazione. Decorso il predetto, la ricetta si intende scaduta. Tali scadenze saranno comunicate al Sistema di Accoglienza Centrale.

La presente disposizione avrà decorrenza dal 1° ottobre 2026.

2.5 Controllo prestazioni identiche

Dall'analisi dei dati è emerso un numero significativo di prescrizioni di prestazioni identiche con stessa priorità e, pertanto, si intende implementare il controllo sulle prescrizioni come segue:

- nel caso in cui si prescriva per un assistito una prestazione pur esistendo già per lo stesso assistito una prescrizione identica (stesse prestazioni, stessa classe priorità e stessa esenzione) non scaduta in stato 'prescritta' o 'prenotata', il SIST restituirà un errore vale a dire:
  - per i medici delle cure primarie, dalla data di notifica del presente provvedimento e fino al 30/09/2026, il controllo esiterà in un alert per la segnalazione al prescrittore dell'anomalia; dal 01.10.2026 il controllo esiterà in un blocco della prescrizione anomala.
  - per i medici specialisti il controllo, dalla data di notifica del presente provvedimento, esiterà esclusivamente in un alert di segnalazione.

3. Governo dell'offerta: capacità erogativa stabile

Le direzioni sanitarie delle Aziende ed Enti del S.S.R. devono definire un nuovo modello organizzativo da parte della Direzione sanitaria che:

a) consenta l'utilizzo h 12 delle sale operatorie;
b) consenta una ottimizzazione delle risorse umane disponibili, evitando una frammentazione dell'assistenza e garantendo, soprattutto, una equa distribuzione del personale nei turni mattutini e pomeridiani

I dati relativi all'andamento delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero programmato dovranno costituire la base per la proposta di rimodulazione della rete di offerta, considerando il potenziamento dell'assistenza territoriale e la definizione dei setting prioritari di erogazione per livello di complessità, anche attraverso la definizione di percorsi interaziendali, finalizzati sia al rispetto dei tempi di garanzia che alla continuità della presa in carico per i follow-up.

4. Presa in carico di cronici, oncologici e fragili

Le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, devono individuare **percorsi facilitati di accesso al percorso diagnostico, comprensivo di tutti gli approfondimenti**, per i pazienti con sospetta/accertata patologia oncologica, malattia rara e in condizioni di fragilità.

Devono inoltre definire le modalità per la garanzia di **erogazione delle prestazioni sensibili all'intervallo temporale di esecuzione** (es. percorso nascita, età evolutiva, lateralità, ecc.), attraverso la programmazione delle prestazioni necessarie da parte dello specialista che ha in carico il paziente in agende dedicate, anche attraverso accordi interaziendali finalizzati a garantire il rispetto dei tempi clinicamente appropriati.

Le Aziende ed Enti del SSR devono assicurare la **continuità del percorso assistenziale** dei pazienti cronici e dei pazienti già inseriti in percorsi assistenziali strutturati, con particolare riferimento a:

- pazienti oncologici;
- pazienti affetti da malattie rare;
- pazienti cronici.

Nell'ambito dei percorsi di presa in carico, tutte le visite di controllo e le prestazioni specialistiche necessarie al monitoraggio delle patologie devono essere prenotate direttamente dallo specialista che ha in carico il paziente, a tal riguardo le Aziende devono predisporre agende dedicate interne.

Alla luce di quanto sopra esposto, per tutte le prestazioni associate al codice esenzione 048 e strettamente correlate alla cura del paziente oncologico, deve essere garantita la presa in carico, evitando il ricorso alla prenotazione tramite CUP.

5. Governance e monitoraggio

Il Gruppo di Lavoro interaziendale costituito ai sensi della DGR n. 29/2026 è integrato con i Direttori Sanitari delle Aziende ed Enti del SSR: si riunisce mensilmente per monitorare l'andamento dei PAS, confrontarsi su soluzioni e criticità e analizzare i risultati degli indicatori come di seguito individuati:

5.1 Sistema nazionale di valutazione delle performance Liste di Attesa

Con riferimento al nuovo assetto metodologico per la valutazione delle performance regionali relative alle liste d'attesa, delineato dal Ministero della Salute nell'ambito del monitoraggio LEA si rappresenta che l'obiettivo primario è quello definire i criteri per l'assegnazione della quota

premiale, introducendo un percorso di transizione che ha visto l'anno 2025 come fase di consolidamento e monitoraggio sperimentale, propedeutico a un sistema valutativo a pieno regime nel 2026.

Tanto premesso si rappresenta che per l'annualità corrente, il sistema si basa su cinque pilastri fondamentali, ciascuno con un peso specifico volto a bilanciare l'efficienza clinica e l'adeguatezza amministrativa:

1. **Efficacia delle Prestazioni – Indicatore (H.1.1):** Attraverso il monitoraggio *ex post* dei dati ex art. 50 L. 326/2003, viene valutata la capacità delle strutture di garantire visite ed esami entro i tempi previsti per le classi di priorità B (breve) e D (differibile). Il monitoraggio viene effettuato su una selezione di prestazioni:

- Visita oculistica
- Mammografia
- TAC Torace senza e con contrasto
- Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale
- Ecografia Ostetrica – Ginecologica
- Visita ortopedica
- Visita cardiologica

Il monitoraggio viene svolto rispetto al valore dei seguenti indicatori, calcolati dopo revisione dell'accuratezza del tracciato record, ovvero: Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B e D/totale di prestazioni di classe B e D.

2. **Infrastruttura Informativa**

- **Indicatore H.2.1.1.** L'indicatore verifica l'invio da parte della Regione di un Piano Operativo per l'interoperabilità dei flussi informativi entro 30 novembre 2025.
- **Indicatore H.2.1.2.** L'indicatore monitora la copertura dell'invio dei dati delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere verso la Piattaforma Age.Na.S. In questa prima simulazione, l'indicatore è costruito sulla base della distribuzione delle Regioni in termini di prestazioni prenotate per 1.000 abitanti.

3. **Accessibilità e Ricoveri**

- **Indicatore H.2.2.4.** Il monitoraggio riguarda la percentuale di prime disponibilità garantite entro i tempi della classe di priorità in rapporto al totale delle prenotazioni per le classi di priorità B e D.
- **Indicatore H.3.** Il monitoraggio riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. Tale monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore:

Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM n. 135/2010 e ss.mm.ii.

La programmazione per il 2026 mira a una granularità maggiore nell'analisi del percorso del paziente. Infatti tutti i summenzionati indicatori sono valutativi nel corso del corrente anno, ai fini del riconoscimento della premialità del F.S.N.

In questa ottica, sono stati introdotti indicatori innovativi attualmente in fase di test:

- Il **Catchment Index**, per misurare il volume di prescrizioni effettivamente convertite in prenotazioni. N. prescrizioni prenotate su n. totale delle prescrizioni.
- ***Quota prenotazioni di primo accesso classe P,*** N. prenotazioni di primo accesso P sul totale delle prenotazioni
- Il monitoraggio del **"Tempo 0"** e della **Classe P (Programmabile)**, per distinguere correttamente tra prestazioni urgenti, differibili e di controllo. Quota di prestazioni con data prenotazione uguale all'erogazione.
- L'utilizzo della **Mediana del tempo di attesa**, considerata uno strumento statistico più fedele per rappresentare l'esperienza reale del cittadino rispetto alle medie semplici. Mediana del tempo intercorrente tra data prescrizione e appuntamento.

5.2 Indicatori di monitoraggio dei PAS

A. Recupero del pregresso (recall)

- **Pazienti contattati** — n. assoluto di assistiti richiamati
- **Prestazioni anticipate ed erogate** — n. assoluto e quota sul target, con specialistica e ricoveri distinti

- **Rifiuti per motivazione** — quota su risposte motivate: conferma della data già prenotata, prestazione già eseguita altrove (con scomposizione ALPI/pubblico), non più necessaria, luogo distante.
- **Irreperibilità** — quota di irreperibili sui richiamati

B. Offerta e sostenibilità

- Prestazioni recuperate ed erogate per branca/disciplina e per settimana, per regime di erogazione
- Quota di erogato in attività aggiuntiva/totale erogato
- **Tempi medi e mediani (giorni)** — differenza tra prima data di registrazione a CUP e data di erogazione anticipata
- **Anticipo medio e mediano (giorni)** — differenza tra primo appuntamento/data di inserimento in pre-lista/registro di indisponibilità e data di erogazione anticipata

C. Garanzia e accessibilità dei tempi

- **Quota U erogate PAS coerenti con il RAO**

D. Governance e rendicontazione

- **Copertura, completezza e tempestività del monitoraggio mensile** — aziende che trasmettono attività e costi secondo gli schemi definiti, nei tempi prescritti.
- **Domanda e appropriatezza prescrittiva— flusso SIST**
- **Tasso di prescrizioni di primo accesso per 1.000 ab.** — per Azienda, per prestazione monitorata da PNGLA, con andamento settimanale;
- **Composizione per priorità del primo accesso** — quote %U, %B, %D, %P per area e per azienda.
- **Profilazione dei prescrittori (MMG)** — quota di classe U e B per medico prescrittore

6. Riconoscimento prestazioni aggiuntive

Nelle more dell'approvazione dei nuovi Piani aziendali, relativi al secondo semestre, si ritiene opportuno il riconoscimento delle prestazioni aggiuntive, previa puntuale verifica dell'attività resa attività istituzionale, a garanzia anche della direttiva europea sull'orario di

lavoro (Direttiva 2003/88/CE) che impone limiti severi a tutela della salute dei professionisti sanitari e di un'equa distribuzione delle prestazioni aggiuntive fra il personale sanitario in servizio. A tal proposito si rimanda a specifica disposizione della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata che consenta di:

a) individuare le prestazioni rese nell'ambito del Piano aziendale;
b) di tracciare in modo puntuale per disciplina le prestazioni aggiuntive autorizzate;
c) di individuare la modalità di accesso alla prestazione in fase di prenotazione in regime di ricovero o specialistica ambulatoriale: ALPI o attività extra moenia.

7. Finanziamento del Piano di recupero 01/07/2026 – 31/12/2026

RIPARTO FONDI PUGLIA (BUDGET: 20.000.000 €)

Dati della Popolazione Residente ISTAT (Rif. 30/06/2026)

Provincia	Popolazione ISTAT	Quota %	Riparto Assegnato (€)
Bari (Città Metropolitana)	1.216.686	31,53%	6.305.134,28 €
Lecce	760.782	19,71%	3.942.539,55 €
Foggia	586.770	15,20%	3.040.771,11 €
Taranto	546.629	14,16%	2.832.751,63 €
Barletta-Andria-Trani	375.521	9,73%	1.946.032,36 €
Brindisi	372.962	9,66%	1.932.771,06 €
TOTALE REGIONE PUGLIA	**3.859.350**	**100,00%**	**20.000.000,00 €**

Il finanziamento delle prestazioni aggiuntive è da ritenersi omnicomprensivo per le varie finalità di impiego:

a) carenza di organico;
b) recupero liste d'attesa;
c) raccolte esterne festive di sangue;
d) telecardiologia;
e) altre finalità.

Trattasi, dunque, del limite massimo di spesa consentito a ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale da sostenersi fino al 31/12/2026.

Le aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale devono identificare e con specifici e separati codici le prestazioni aggiuntive per ciascuna finalità, di cui alle predette lettere a), b), c), d) ed e), garantendo uno stretto monitoraggio rispetto all'appropriato utilizzo delle stesse.

Con successivo atto dirigenziale della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata è definita la ripartizione della quota di finanziamento provinciale ove insistono più Aziende ed Enti del S.S.R. nonché una eventuale rimodulazione del riparto del finanziamento, sulla base di motivate esigenze assistenziali.

Antonella Caroli
17.08.2026
16:39:18
GMT+01:00

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
A05	DEL	2026	2	14.08.2026

RECEPIMENTO INTESA CONFERENZA STATO-REGIONI (REPERTORIO ATTI N. 88/CSR DELL'11 GIUGNO 2026) SUL DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE "PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA (PNGLA) 2026-2028". DISPOSIZIONI IN MATERIA DI APPROPRIATA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA, 1° LUGLIO 2026 / 31 DICEMBRE 2026.

VISTO SI PRENDE ATTO

ANNOTAZIONE:

REGINA STOLFA
14.08.2026
10:20:35
UTC

Responsabile del Procedimento

E.Q.-CARMEN PARTIPILO

Dirigente

D.SSA REGINA STOLFA

REGIONE PUGLIA - SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA

PROFILI CONTABILI

☐ RILEVANTE, a valere su: ☒ NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

☐ SOGGETTA a pubblicazione ☒ NON soggetta a pubblicazione

ONERI DI RISERVATEZZA:

☐ CONTIENE dati personali da NON pubblicare ☒ NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20260001944 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20260001648 DEL 28/08/2026

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Dirigente PTA	Pastore Carmela Simona	*Firmato digitalmente il 28/08/2026 12:40*
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Iorio Raffaele	*Firmato digitalmente il 28/08/2026 13:03*
Direttore UOC	Bratta Pasquale	*Firmato digitalmente il 28/08/2026 13:38*
Direttore/Responsabile di Struttura	Quaranta Anna Maria	*Firmato digitalmente il 28/08/2026 13:55*