

ALLEGATO A

PIANO PROVINCIALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019-2021

Indice

1. Premessa	3
2. Abbreviazioni.....	5
3. Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale.....	6
3.1. Prestazione di primo accesso	6
3.2. Prestazione di accesso successivo.....	6
3.3. Tempo massimo di attesa per classe di priorità.....	7
3.4. Correttezza e appropriatezza prescrittiva.....	7
3.5. Appropriatezza organizzativa	8
3.6. Gestione delle agende di prenotazione	8
3.7. Mancata disdetta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	9
3.8. Sospensione dell'attività di prenotazione e di erogazione	9
4. Ricoveri programmati e Percorsi Diagnostico-Terapeutici ed Assistenziali	10
4.1. Le liste di attesa in regime di ricovero	10
4.2. I Percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali.....	11
5. L'offerta di prestazioni	13
5.1. Pianificazione dell'offerta istituzionale	13
5.2. Misure per incrementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali	13
5.3. Integrazione e sviluppo di sinergie con il settore privato	14
5.4. Il potenziamento dell'assistenza primaria.....	14
5.5. Convenzioni con strutture private accreditate	14
5.6. Attività libero professionale intramuraria.....	15
5.7. Convenzioni con persone giuridiche paganti	15
5.8. Acquisto di prestazioni aggiuntive	16
5.9. Percorsi di Tutela.....	16
5.10. Parco Macchine	16
6. Canali di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali	17
6.1. Centro Unico di Prenotazione Provinciale.....	17
6.2. Prenotazione all'atto della prescrizione.....	17
6.3. Assistenza primaria	17
6.4. Unità operative dell'Azienda Sanitaria.....	17
6.5. Altri canali di prenotazione istituzionali.....	18
6.5.1. Prenotazione online	18
6.5.2. App mobile	18
6.5.3. Canale di prenotazione virtuale (chatbot)	18
6.5.4. Sportelli multifunzionali	18
6.6. Farmacie sul territorio.....	18

6.7.	Sistema di recall/reminder	18
7.	Monitoraggio.....	19
7.1.	Oggetto del monitoraggio	19
7.2.	Prestazioni ambulatoriali.....	19
7.2.1.	Tipologia di monitoraggio	19
7.2.2.	Ambito di garanzia.....	20
7.2.3.	Monitoraggio ex ante	20
7.2.4.	Monitoraggio ex post	20
7.3.	Prestazioni in regime di ricovero.....	20
7.3.1.	Tipologia di monitoraggio	20
7.3.2.	Pubblicazione tempi di attesa	21
7.4.	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	21
7.5.	Monitoraggio dei PDTA	21
7.6.	Monitoraggio ex ante delle prestazioni ALPI	21
7.7.	Monitoraggio Siti Web	21
7.8.	Valutazione di concordanza	22

1. Premessa

La problematica dei tempi di attesa è diffusa in diversi paesi dell'OCSE e coinvolge quasi tutti gli ambiti specialistici. Trovare un buon equilibrio tra domanda, offerta, aspettative della popolazione e risorse disponibili è una sfida molto complessa e rappresenta per i sistemi sanitari un importante obiettivo strategico.

Questo fenomeno riveste particolare importanza per l'organizzazione del Servizio Sanitario Provinciale (SSP) il cui obiettivo primario è quello di assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie appropriate rispetto al suo bisogno di salute, nel rispetto del diritto della persona, della tutela della salute e del principio di equità di accesso alle prestazioni.

È fondamentale pertanto coniugare questo diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda di prestazioni sanitarie, che devono intercettare il reale bisogno di salute della popolazione, ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibili le risorse disponibili con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Queste strategie sono anche perseguibili con un puntuale e costante monitoraggio dei tempi di attesa.

Il governo delle liste di attesa deve pertanto affrontare cinque macro-aree di intervento:

- la domanda di prestazioni
- l'offerta assistenziale
- l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa
- i sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni
- il monitoraggio dei tempi di attesa.

Fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la carenza di personale medico e tecnico assistenziale sul mercato e le difficoltà organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili.

Il SSP deve garantire sia un'adeguata e costante formazione dei medici in tema di appropriatezza che una continua sensibilizzazione e informazione dei cittadini, finalizzata ad una loro maggiore responsabilizzazione rispetto alla richiesta di prestazioni.

Prerequisito per un ottimale governo dei tempi di attesa è l'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-erogazione-refertazione, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi.

Costituiscono pertanto punti cardine del Piano Provinciale per il Governo delle liste di attesa 2019-2021 i seguenti ambiti:

- il completamento del processo di riorganizzazione dei Servizi di prenotazione attraverso la creazione di un Centro Unico di Prenotazione Provinciale (CUPP)
- l'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-erogazione-refertazione
- la promozione di iniziative mirate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e ad una migliore collaborazione tra l'assistenza primaria e quella specialistica
- l'utilizzo sistematico delle classi di priorità per la prescrizione delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso e dei ricoveri programmati

- l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), in particolare quelli cardiovascolari e oncologici
- la programmazione dei volumi di prestazioni da parte dei soggetti erogatori
- la trasparenza del ciclo di pianificazione delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati, del monitoraggio delle prestazioni prenotate, della gestione delle liste di attesa e dell'erogazione delle prestazioni offerte dal SSP.

2. Abbreviazioni

AFT: Aggregazione Funzionale Territoriale
ALPI: Attività Libero Professionale Intramuraria
CPP: Catalogo Provinciale del Prescrivibile
CUPP: Centro Unico di Prenotazione Provinciale
HTA: Health Technology Assessment
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
MMG: Medico di Medicina Generale
PDTA: Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali
PLS: Pediatra di Libera Scelta
PNGLA: Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021
POA: Programma Operativo Annuale
PSP: Piano Sanitario Provinciale 2016-2020
RAO: Raggruppamenti di Attesa Omogenei
SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera
SSP: Servizio Sanitario Provinciale

Nota: Per una maggiore leggibilità si rinuncia all'uso contemporaneo della forma maschile e femminile. I sostantivi riferiti a persone sono quindi da attribuire ad entrambi i sessi.

3. Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale

É di fondamentale importanza distinguere a livello di prescrizione, prenotazione ed erogazione, le prestazioni di primo accesso, per le quali devono essere rispettati i tempi massimi di attesa, dalle prestazioni di accesso successivo, per le quali il paziente è già stato preso in carico dal medico curante.

3.1. Prestazione di primo accesso

Le prime visite specialistiche e le prestazioni diagnostico strumentali di primo accesso, per essere definite tali, devono rientrare in una delle tre sottostanti categorie:

1. il problema clinico di un paziente viene affrontato per la prima volta all'interno del SSP
2. visita o prestazione strumentale di approfondimento erogata da uno specialista diverso dal primo osservatore (e richiesta dallo stesso)
3. un paziente cronico già noto al servizio presenta un nuovo problema clinico non correlato alla malattia già diagnosticata.

In tutti e tre i casi il percorso diagnostico si conclude con la stesura della necessaria documentazione clinica ed eventualmente del piano diagnostico-terapeutico.

3.2. Prestazione di accesso successivo

Per visita di controllo o prestazione diagnostico strumentale di accesso successivo si intende una prestazione successiva ad un primo inquadramento diagnostico, che deve rientrare in una delle sottostanti categorie:

1. prestazioni finalizzate a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, a valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, a verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso
2. prestazioni erogate a pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentano un nuovo problema di salute collegato alla malattia per la quale sono in carico al servizio o riacutizzazioni della stessa
3. prestazioni successive al primo inquadramento diagnostico e/o programmate dallo specialista o Medico di medicina generale (MMG) o Pediatra di libera scelta (PLS) che ha già preso in carico il paziente
4. prestazioni richieste ed erogate dalla stessa unità operativa che ha eseguito la prima visita per completare l'iter diagnostico
5. prestazioni di *follow up* (controllo continuo o periodico programmato)
6. prestazioni per l'eventuale conferma dell'esenzione per patologia
7. rivalutazioni dei piani terapeutici. Il piano terapeutico viene rivalutato preferibilmente da remoto e successivamente comunicato al paziente in modalità digitale. Se necessaria la presenza *de visu* del paziente, si invita a far coincidere il momento della rivalutazione con la visita di controllo.

Anche in questi casi la visita si conclude con l'aggiornamento o la conferma del piano diagnostico-terapeutico.

3.3. Tempo massimo di attesa per classe di priorità

La classe di priorità è da attribuirsi esclusivamente a tutte le prestazioni ambulatoriali di primo accesso.

Sono previste le seguenti classi di priorità con i relativi tempi massimi:

- U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 24 ore
- B (Breve) da eseguire entro 10 giorni
- D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostico strumentali
- P (Programmata) prestazioni che possono essere programmate in un arco temporale maggiore, in quanto non influenzano prognosi, dolore, disfunzione o disabilità. Sono da eseguirsi oltre il tempo massimo previsto per la corrispondente prestazione differibile (D) e comunque, a partire dal 1/1/2020 entro 120 giorni.

Il tempo massimo di attesa definito per classe di priorità decorre dal momento della prenotazione.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, con particolare riguardo alla classe di priorità breve (B), la prestazione prescritta deve essere prenotata dall'interessato tempestivamente e, ove possibile, contestualmente al rilascio della prescrizione.

I pazienti con richiesta di prestazione urgente (U) accedono direttamente alla struttura erogante senza prenotazione, così come definito con successivo provvedimento provinciale.

3.4. Correttezza e appropriatezza prescrittiva

La correttezza prescrittiva riveste un ruolo fondamentale a garanzia della corretta erogazione dei LEA. L'atto della prescrizione non va pertanto considerato da parte del personale medico un mero adempimento burocratico, ma un vero e proprio atto sanitario, che ricade sotto la sua diretta responsabilità.

Per effettuare la prenotazione di una prestazione è obbligatoria la prescrizione medica compilata in modo corretto ad eccezione delle prestazioni ad accesso diretto, che saranno regolamentate con atto successivo.

Tutti i medici prescrittori devono obbligatoriamente indicare sulla prescrizione:

- il quesito o il sospetto diagnostico, che motiva la richiesta della prestazione
- la classe di priorità per le prime visite e le prestazioni diagnostico strumentali di primo accesso
- il codice e la descrizione della prestazione, così come previsto dal catalogo provinciale del prescrivibile (CPP)
- la tipologia di accesso, per indicare se si tratta di un primo accesso o di un accesso successivo, salvo laddove non già espressamente specificato, per le prestazioni oggetto di monitoraggio che riportano nel campo "Tipo accesso" del CPP la variabile "X".

Per le prestazioni di accesso successivo è prevista l'indicazione di un periodo entro il quale deve essere erogata la prestazione.

Qualora sulla ricetta rossa, ove non sostituita dalla ricetta dematerializzata, non sia indicata la classe di priorità, viene attribuita in automatico la classe di priorità P

“programmata”, deducendo che il medico prescrittore non ravvisi alcuna motivazione clinica per la quale la prestazione debba essere erogata entro un determinato lasso temporale.

In ambito di appropriatezza prescrittiva è di particolare rilevanza l'applicazione del modello Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), un modello per il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Tale modello, guidando il comportamento prescrittivo dei professionisti, favorisce una corretta e appropriata assegnazione della classe di priorità in linea con il reale bisogno di salute del paziente.

Le azioni in tema di appropriatezza prescrittiva riguardano i seguenti aspetti:

- aggiornamento costante dei protocolli RAO esistenti ed eventuale definizione di nuovi protocolli per le prestazioni specialistiche, che presentano lunghi tempi di attesa, in stretta collaborazione con i diversi professionisti coinvolti
- definizione ed aggiornamento dei PDTA
- adozione di tutte le misure necessarie per l'implementazione informatica dei RAO e dei PDTA all'interno dei software prescrittivi
- verifica della congruità della richiesta di prestazioni sanitarie, intesa come coerente compilazione della classe di priorità, rispetto a quanto definito nei RAO ed individuazione dei prescrittori a maggiore incidenza di prescrizioni inappropriate
- valutazione di corrispondenza su base campionaria, relativa allo stesso caso clinico, tra la classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista (analisi di concordanza)
- verifica della congruità delle richieste di prestazioni sanitarie, con quanto previsto e definito nei PDTA.

3.5. Appropriata organizzativa

Le azioni in tema di appropriatezza organizzativa devono riguardare i seguenti aspetti:

- razionalizzazione dell'offerta, separazione e pianificazione dell'offerta istituzionale e libero-professionale
- articolazione dell'offerta per tipologia di accesso
- definizione di standard aziendali di prenotazione per branca specialistica, al fine di omogenizzare le modalità di accesso alla prenotazione e le modalità di erogazione
- garanzia che le prenotazioni inerenti alle visite di controllo e alle prestazioni di accesso successivo, se richieste dallo stesso servizio che le eroga, vengano prenotate contestualmente alla loro prescrizione dagli stessi servizi eroganti.

3.6. Gestione delle agende di prenotazione

L'Azienda Sanitaria, che governa tutte le agende di prenotazione, deve realizzare una rete integrata di servizi di prenotazione finalizzata a perseguire i seguenti obiettivi:

- un'equa distribuzione delle richieste di prestazioni sanitarie ed un'equa offerta di accesso alle stesse
- un'ottimale gestione dei meccanismi di prenotazione, finalizzata al massimale riempimento delle agende anche attraverso la regola del “rincalzo”; tale regola prevede che slot offerti per una determinata prestazione e/o classe di priorità non

occupati con quanto previsto entro un lasso di tempo prestabilito possano essere occupati con prestazioni e/o classi di priorità differenti

- un'adeguata capacità di monitoraggio dei flussi di prenotazione dell'offerta e della domanda, finalizzata ad una ottimale programmazione dell'attività da parte dei vari reparti e servizi
- la ricerca della massima trasparenza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, sia nei confronti degli organi di controllo, che della popolazione.

Per il raggiungimento di questi obiettivi è fondamentale che tutte le agende di prenotazione siano digitalizzate e gestite sulla piattaforma unica aziendale ossia sul sistema informatico aziendale di gestione delle agende (CUPWEB), sia per le strutture pubbliche che private convenzionate.

3.7. Mancata disdetta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Il cittadino, che ha prenotato una prestazione ambulatoriale e non intende o non può presentarsi all'appuntamento, è tenuto a disdirlo secondo le modalità previste dalla normativa vigente, pena l'irrogazione di una sanzione amministrativa.

La sanzione viene comminata anche se il cittadino è esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito, età, patologia.

3.8. Sospensione dell'attività di prenotazione e di erogazione

La sospensione programmata dell'attività di prenotazione e di erogazione è di regola vietata. L'Azienda Sanitaria definisce un regolamento in merito alle situazioni di sospensione e ne garantisce il rispetto.

4. Ricoveri programmati e Percorsi Diagnostico-Terapeutici ed Assistenziali

4.1. Le liste di attesa in regime di ricovero

Nell'ambito delle prestazioni erogate in regime di ricovero programmato vengono definite liste di attesa costruite secondo criteri di appropriatezza assistenziale e classi di priorità. Per i ricoveri programmati erogati dalle strutture pubbliche e private convenzionate la Provincia adotta le seguenti classi di priorità, da riportare obbligatoriamente nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). La finalità del presente Piano è quella di diversificare il flusso dei pazienti inseriti nelle liste di attesa.

Per tale ragione l'Azienda Sanitaria deve prioritariamente:

1. adottare sistematicamente le seguenti classi di priorità nella programmazione dei ricoveri:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazione
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.

2. omogeneizzare i criteri per l'assegnazione delle classi di priorità
3. introdurre eventuali criteri aggiuntivi per una più specifica stratificazione delle classi di priorità per patologie a grande diffusione o di rilevanza critica
4. adottare un modello organizzativo omogeneo a livello provinciale per la gestione delle liste, affinché sia possibile in qualsiasi momento per il paziente e gli operatori conoscere la posizione nella lista stessa e la data di ricovero programmato.

A tal fine la Provincia provvede ad elaborare le linee guida provinciali per i diversi setting assistenziali alternativi al ricovero ordinario e comprensivi di week hospital¹ (medico e chirurgico/ricovero ordinario breve 48-72 ore), ricovero diurno (day hospital² e day surgery³/one day surgery⁴) e assistenza ambulatoriale complessa (pacchetti ambulatoriali per area medica e chirurgica, chirurgia ambulatoriale). L'allocazione della prestazione di ricovero dovrà tenere in considerazione il modello integrato degli ospedali in rete, nonché il modello "un ospedale-due sedi" come previsto dal vigente Piano Sanitario Provinciale 2016-2020 (PSP).

L'Azienda sanitaria provvede inoltre a:

- definire criteri trasparenti di monitoraggio del rispetto delle priorità assegnate
- informatizzare le liste di attesa e a darne debita pubblicità a garanzia della trasparenza
- prevedere la graduale centralizzazione delle liste di attesa presso le Direzioni mediche ospedaliere.

Tutto ciò al fine di migliorare l'organizzazione delle liste d'attesa sia a livello del presidio ospedaliero che a livello aziendale favorendo l'efficienza dell'utilizzo delle sale operatorie dislocate negli ospedali provinciali e per garantire una distribuzione appropriata dei posti letto nelle diverse discipline.

Le prestazioni ambulatoriali complesse erogate in regime di day service⁵, ai fini dell'applicazione delle classi di priorità, sono da equiparare alle prestazioni erogate in regime di ricovero.

4.2. I Percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali

Considerata la rilevanza sanitaria e sociale delle patologie croniche si ritiene opportuno dedicare particolare attenzione e priorità nella definizione dei relativi PDTA.

Il trattamento delle patologie neoplastiche si sviluppa secondo PDTA che sono una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello di ricovero, e/o ambulatoriale e/o territoriale, con la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, l'assistenza domiciliare e l'utilizzo di tecnologie innovative quali ad esempio la telemedicina, il teleconsulto, nonché con il coinvolgimento attivo nel processo di cura del paziente e/o del suo caregiver⁶.

Risultano fondamentali a tale scopo:

- lo sviluppo delle reti territoriali di assistenza
- il coinvolgimento dei MMG nella continuità assistenziale

¹ Week Hospital (medico e chirurgico): modello assistenziale e organizzativo in regime di ricovero ordinario per interventi chirurgici di bassa o media complessità e/o per l'effettuazione di procedure diagnostico-terapeutiche che prevede una degenza entro i 5 giorni

² Day Hospital: (in italiano ricovero diurno) è una modalità organizzativa di assistenza ospedaliera nella quale il paziente rimane nella struttura solo il tempo necessario per accertamenti, esami o terapie (di solito mezza giornata o una giornata)

³ Day Surgery: definisce la possibilità di effettuare interventi o altre procedure diagnostiche o terapeutiche su pazienti che vengono dimessi nella stessa giornata di ammissione in regime di anestesia locale o totale

⁴ One Day Surgery: l'intervento prevede una notte in regime di ricovero

⁵ Day Service: modello di assistenza specialistica ambulatoriale che gestisce casi clinici complessi, attraverso visite, esami strumentali e terapie che coinvolgono diversi professionisti e favorisce la presa in carico dei pazienti

⁶ Caregiver: colui che si prende cura di una persona

- l'integrazione ospedale-territorio
- il potenziamento delle cure palliative.

Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA.

Si darà seguito alla costruzione di PDTA per le principali patologie croniche a maggiore impatto assistenziale (diabete, scompenso cardiaco, broncopatia cronico ostruttiva, malattie reumatiche), come previsto dal Masterplan Chronic Care 2018-2020.

I PDTA che prevedono il coinvolgimento di istituzioni e organismi diversi (Azienda Sanitaria, MMG, settore sociale, associazione dei pazienti, ...) saranno approvati dalla Giunta provinciale. Per quanto riguarda invece i PDTA, che coinvolgono esclusivamente servizi/unità operative interne all'Azienda Sanitaria, saranno approvati con provvedimento della stessa.

5. L'offerta di prestazioni

5.1. Pianificazione dell'offerta istituzionale

Nell'ambito dell'offerta istituzionale, che concerne le prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate, la Provincia prevede che la pianificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero programmato, nonché i relativi tempi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità, rappresentino un LEA che l'Azienda Sanitaria è tenuta a garantire, attraverso l'articolazione dei punti di erogazione previsti nelle sue strutture o con essa convenzionate.

Presupposto per la pianificazione dell'offerta di prestazioni è la mappatura delle strutture e dei punti di erogazione che devono essere accreditati in caso di strutture pubbliche e sia accreditati che convenzionati nel caso di erogatori privati. La programmazione delle prestazioni viene effettuata avvalendosi di criteri orientati all'equità di accesso, alla qualità e sicurezza, alla trasparenza, all'appropriatezza e alla sostenibilità economica ed organizzativa. L'allocazione delle prestazioni di ricovero nelle diverse strutture, deve tenere conto del modello integrato degli ospedali in rete, nonché del modello "un ospedale-due sedi", come previsto dal vigente PSP e dal Decreto Ministeriale 70/2015 in materia di standard ospedalieri.

L'Azienda Sanitaria elabora il Piano annuale di produzione delle strutture pubbliche e private accreditate e convenzionate che va allegato annualmente al Programma Operativo Annuale (POA). Il Piano della produzione deve specificare:

1. le sedi di erogazione delle prestazioni o i soggetti erogatori privati
2. la tipologia e i volumi delle prestazioni preventivate
3. il tetto di spesa preventivato o comunque il valore della produzione prevista.

Nel bilancio preventivo annuale l'Azienda Sanitaria dà riscontro circa le coperture economico-finanziarie.

Inoltre, l'Azienda Sanitaria identifica e valuta l'impatto organizzativo per le strutture di erogazione e la necessaria riallocazione delle risorse per garantire il rispetto tendenziale dei tempi di attesa.

5.2. Misure per incrementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali

Vengono adottati provvedimenti atti ad incrementare ed ottimizzare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali attraverso, ad esempio, l'estensione degli orari e delle modalità di utilizzo delle strutture e delle tecnologie sanitarie, con particolare riguardo alle grandi apparecchiature di imaging clinico e alle tecnologie di diagnostica funzionale. Inoltre, l'Azienda Sanitaria provvede ad introdurre tutti gli strumenti innovativi tecnico-organizzativi necessari per la messa a regime del ciclo della prescrizione dematerializzata, per l'adozione dell'Health Technology Assessment (HTA) e per l'implementazione della Telemedicina e l'Home Care.

5.3. Integrazione e sviluppo di sinergie con il settore privato

Al fine di ottimizzare l'offerta di prestazioni specialistiche vengono promosse misure che favoriscano l'integrazione e lo sviluppo di sinergie con l'ambito delle cure primarie, con il settore privato profit e no profit, con i servizi sociali ed il volontariato, con lo stesso paziente ed i suoi familiari. Tali iniziative devono avere come obiettivo il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa, la valorizzazione del ruolo della medicina generale, l'integrazione socio-sanitaria nonché la responsabilizzazione e la partecipazione attiva dei cittadini.

5.4. Il potenziamento dell'assistenza primaria

Al fine del contenimento dei tempi di attesa si rende necessario rafforzare l'assistenza primaria, tramite:

- il potenziamento della “medicina di iniziativa” attraverso la messa in rete delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), delle medicine di gruppo e l'adozione dei PDTA condivisi tra servizi sanitari e sociali
- la creazione sul territorio provinciale di Centri d'assistenza sanitaria e sociale
- l'avvio degli Sportelli Unici di Assistenza e Cura per l'espletamento di funzioni di informazione, valutazione del bisogno, avvio della presa in carico, nonché l'accesso ai servizi di assistenza a persone non autosufficienti, attraverso il collegamento con le Unità per la predisposizione condivisa del Piano assistenziale individuale
- la realizzazione dei Centri di servizio a supporto delle attività delle AFT
- l'attivazione di posti letto per cure intermedie, ossia prestazioni, servizi ed attività indicate per pazienti non ancora stabilizzati, che però non richiedono assistenza ospedaliera
- l'avvio di ambulatori delle cure primarie presso il pronto soccorso
- il supporto alla medicina di gruppo attraverso tutte le possibili articolazioni previste nella contrattazione collettiva provinciale.

5.5. Convenzioni con strutture private accreditate

Nel PSP la garanzia dei LEA è affidata all'Azienda Sanitaria. Il contributo del settore privato profit e non profit è concepito ad integrazione e sostegno del servizio pubblico.

Per far fronte al contenimento dei tempi di attesa, l'Azienda Sanitaria può ricorrere anche al privato accreditato convenzionato, in forma temporanea o di medio-lungo periodo (sistemica), tenendo conto di quanto segue:

1. l'Azienda Sanitaria valuta l'opzione di rivolgersi a terzi per l'affidamento di prestazioni no-core e non complesse, riservando al servizio pubblico l'erogazione di prestazioni strategiche sia dal punto di vista organizzativo, sia delle competenze professionali specifiche
2. l'Azienda Sanitaria valuta, nella scelta di esternalizzazione, la carenza anche temporanea di personale sanitario, le criticità di reperimento delle competenze richieste e indica quali prestazioni possono essere affidate a terzi
3. l'acquisto di prestazioni può avere anche carattere di temporaneità, avendo come riferimento gli interventi di potenziamento dell'appropriatezza clinica ed

organizzativa, lo sviluppo progressivo del territorio che dovranno costituire target per l'Azienda Sanitaria.

Nel caso in cui il fabbisogno non fosse coperto dalle strutture già convenzionate, la Provincia autorizza l'accreditamento di ulteriori strutture.

L'Azienda Sanitaria monitora periodicamente le attività affidate a terzi e valuta l'impatto sui tempi di attesa.

5.6. Attività libero professionale intramuraria

L'attività libero professionale intramuraria (ALPI) rappresenta un'offerta integrativa e non sostitutiva rispetto a quelle rese dall'SSP, frutto di una libera scelta del paziente e a suo totale carico. Le prestazioni erogate in ALPI devono pertanto essere parimenti fruibili anche in regime istituzionale e deve essere sempre ed in ogni caso garantito il diritto di parità di trattamento sanitario tra i pazienti in regime libero professionale e in regime di attività istituzionale.

In ogni caso, ferme restando le limitazioni orarie fissate dall'Azienda Sanitaria, l'ALPI non potrà mai superare come volumi di prestazioni l'attività resa in regime istituzionale, pena la sua sospensione.

Il Piano Attuativo Aziendale deve prevedere idonei strumenti per un costante monitoraggio delle attività in ALPI e specifiche direttive per garantire un corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività istituzionale e l'attività libero-professionale.

Qualora dal monitoraggio dei tempi di attesa risultasse uno sfioramento dei limiti massimi già individuati a livello provinciale, l'Azienda Sanitaria, tenendo conto delle condizioni sopra indicate e degli effettivi volumi di attività libero professionale espletata in rapporto a quella istituzionale, può sospendere l'esercizio ALPI per i professionisti coinvolti che afferiscono alle unità organizzative caratterizzate dal superamento dei tempi di attesa massimi.

La sospensione deve avere carattere temporaneo e si accompagnerà alla pianificazione degli strumenti organizzativi e strutturali necessari a riportare il sistema in equilibrio e a garantire ai professionisti il diritto all'esercizio della libera professione e ai cittadini l'opportunità di usufruirne. Per tali motivi e considerato il suo carattere di eccezionalità, la sospensione non può protrarsi per più di due mesi e complessivamente non si può adottare per più di sei mesi all'anno. All'Azienda Sanitaria viene demandata la regolamentazione di dettaglio, mentre la Provincia a sua volta stabilisce le modalità di controllo, al fine di assicurare il corretto esercizio dell'ALPI.

5.7. Convenzioni con persone giuridiche paganti

La normativa vigente permette all'Azienda Sanitaria di stipulare accordi e/o convenzioni aventi come oggetto prestazioni sanitarie a pagamento richieste da persone giuridiche, Società o Enti. L'attività svolta da parte dei dirigenti medici nell'ambito di tali convenzioni comporta un compenso per i sanitari interessati ed è assimilabile all'attività libero-professionale.

Le prestazioni effettuate concorrono alla riduzione dei tempi di attesa sulla base di programmi stabiliti dall'Azienda Sanitaria congiuntamente alle équipes delle unità operative interessate.

L'offerta di prestazioni si rivolge a persone giuridiche individuate sulla base delle vigenti procedure amministrative, mentre le prestazioni richieste da singoli cittadini (cd. "paganti in proprio") prevedono quale modalità di erogazione il canale già previsto dell'attività libero-professionale intramoenia.

5.8. Acquisto di prestazioni aggiuntive

Per la riduzione delle liste di attesa e, in applicazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera c) dell'Accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 2010, l'Azienda Sanitaria può richiedere alle equipe mediche interessate, lo svolgimento di prestazioni aggiuntive da svolgersi oltre l'orario previsto per l'attività istituzionale. Il finanziamento di queste prestazioni aggiuntive avviene secondo specifica regolamentazione definita dall'Azienda Sanitaria.

5.9. Percorsi di Tutela

Nel caso in cui non venissero rispettati i tempi di attesa previsti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale devono essere individuati dei "percorsi di tutela". Si tratta di percorsi di accesso alternativi, già introdotti in Provincia con l'articolo 34 della Legge Provinciale 5 marzo 2001, n. 7 "Assistenza specialistica indiretta". Questi percorsi consentono al paziente residente di effettuare le prestazioni di primo accesso presso un erogatore privato autorizzato non convenzionato con il SSP, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti e di ottenere un rimborso. I criteri e le modalità di attivazione del percorso di tutela verranno disciplinati con delibera provinciale.

5.10. Parco Macchine

La produttività è definita a livello provinciale seguendo le indicazioni date dal PNGLA e dal documento "Tempi Medi di Attività Modalità di Esecuzione Nomenclatore delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali Territoriali" elaborato dalla Società Italiana di Medicina Specialistica (S.I.M.S.), Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana (S.U.M.A.I.), Società Italiana di formazione permanente (S.I.Fo.P).

Con riferimento alle prestazioni strumentali oggetto del monitoraggio nazionale, l'Azienda Sanitaria rende sistematica l'individuazione delle eventuali situazioni critiche che coinvolgono il parco tecnologico ed implementa opportune analisi per evidenziare i fattori limitanti ed i possibili provvedimenti. Per l'effettuazione di questa analisi l'Azienda Sanitaria deve avvalersi di strumenti ad hoc predisposti dalla Provincia per la supervisione della produttività delle apparecchiature in utilizzo. Qualora le criticità non siano risolvibili con interventi di natura organizzativa (aumento dell'orario di erogazione della prestazione, aumento della dotazione di personale) dovrà essere preso in considerazione e pianificato un aumento o un ammodernamento della dotazione tecnologica finalizzato a rimuovere la criticità individuata.

6. Canali di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

I canali di prenotazione costituiscono i principali punti di contatto dei cittadini con l'SSP ed assumono pertanto valenza strategica.

Tutti i canali di prenotazione devono garantire la soddisfazione del cittadino, la coerenza con i criteri uniformi di prenotazione indipendentemente dal canale prescelto, l'accessibilità al servizio da più punti dislocati sul territorio (farmacie, MMG/PLS, sportelli), nonché l'autogestione della prenotazione (prenotazione, spostamento, disdetta).

6.1. Centro Unico di Prenotazione Provinciale

L'Azienda Sanitaria garantisce il pieno funzionamento di un CUPP, inteso come unità organizzativa aziendale, in grado di gestire e governare l'intera offerta di prestazioni sanitarie sul territorio di riferimento.

È previsto un unico numero telefonico provinciale per le prenotazioni di prestazioni in regime istituzionale e uno unico per le prenotazioni di visite private erogate da specialisti dell'Azienda Sanitaria stessa.

6.2. Prenotazione all'atto della prescrizione

L'effettiva presa in carico del paziente, a garanzia del ciclo prescrizione-prenotazione-erogazione-refertazione, va garantita attraverso lo sviluppo di un modello organizzativo incentrato su percorsi differenziati per l'utenza, che permetta di effettuare la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali contestualmente alla loro prescrizione.

6.3. Assistenza primaria

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali per il cittadino può avvenire anche attraverso la prenotazione nell'ambito dell'assistenza primaria (MMG/PLS, AFT, medicina di gruppo e centri sanitari e sociali) secondo un modello organizzativo che prevede sia la prescrizione che la contestuale prenotazione delle prestazioni, nonché la loro eventuale successiva gestione (spostamenti/cancellazioni).

Qualora il singolo MMG/PLS ritenga necessario valutare l'evoluzione del quadro clinico e/o della malattia, la compliance e/o la responsabilità del paziente alla terapia farmacologica, la prescrizione della visita di controllo rimane in carico allo stesso MMG/PLS.

6.4. Unità operative dell'Azienda Sanitaria

L'Azienda Sanitaria prevede idonee modalità per far sì che le prestazioni di accesso successivo siano prenotate contestualmente alla prescrizione da parte della struttura specialistica, senza che il paziente sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine, si istituiranno apposite agende per le prestazioni di accesso successivo e programmate direttamente dalla struttura, integrate nel sistema di prenotazione.

6.5. Altri canali di prenotazione istituzionali

6.5.1. Prenotazione online

Il canale di prenotazione online avrà come punti di accesso:

- il sito internet istituzionale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
- il portale del cittadino dell'Amministrazione Pubblica della Provincia Autonoma di Bolzano.

6.5.2. App mobile

Il canale di prenotazione tramite app rappresenta un canale istituzionale, per la prenotazione, gestione ed il pagamento di tutte le prestazioni sanitarie, comprese le prestazioni specialistiche ambulatoriali, le vaccinazioni e quelle di screening.

6.5.3. Canale di prenotazione virtuale (chatbot)

È rivolto ad un target molto specifico (generazioni Y, Z e successive) e permette la prenotazione, modifica e disdetta dell'appuntamento tramite assistenti virtuali.

6.5.4. Sportelli multifunzionali

Per facilitare l'accesso ai servizi erogati dall'Azienda Sanitaria è necessario attivare punti di contatto multifunzionali, nei quali possano essere erogati servizi diversi, quali ad esempio, la richiesta di informazioni, l'effettuazione di una prenotazione o la disdetta/spostamento di un appuntamento, il pagamento di una prestazione sanitaria o di una eventuale sanzione amministrativa, il ritiro del referto.

6.6. Farmacie sul territorio

Il nuovo modello di farmacia, la cosiddetta "farmacia dei servizi", prevede la possibilità per l'utente di prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di gestire le proprie prenotazioni nonché di effettuare il pagamento e il ritiro dei referti. A tal fine la Provincia provvederà a stipulare il relativo contratto.

6.7. Sistema di recall/reminder

L'Azienda Sanitaria garantisce un sistema di richiamata automatizzata (recall) all'utente, che ricorda l'avvicinarsi dell'appuntamento e nel corso della quale è possibile confermare o disdire la prenotazione. Tale sistema è finalizzato a contenere il fenomeno del droup out, ossia della mancata presentazione del cittadino ad una prestazione prenotata e ad evitare che l'utente incorra nella sanzione amministrativa prevista dalla normativa vigente.

7. Monitoraggio

L'Azienda Sanitaria ha il compito di implementare sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione e orientare i relativi comportamenti.

Dovranno essere effettuati i seguenti tipi di monitoraggio:

1. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
2. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
3. Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale
4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
5. Monitoraggio dei PDTA
6. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (per conto e a carico dell'utente)
7. Monitoraggio della presenza sul sito Web della Provincia e dell'Azienda Sanitaria di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa
8. Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUPP.

I dati risultanti sono pubblicati periodicamente sul portale del Ministero della Salute, nonché sul portale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e della Provincia. L'Azienda Sanitaria ha l'obbligo di trasmettere sistematicamente alla Provincia, nelle modalità e nei tempi da questa stabiliti, i flussi informativi di monitoraggio delle liste di attesa.

7.1. Oggetto del monitoraggio

Sono oggetto di monitoraggio:

- le prestazioni ambulatoriali
- le prestazioni in regime di ricovero
- le prestazioni inserite in PDTA.

indicate nel PNGLA.

Qualora si evidenzino aree di criticità, le suddette prestazioni potranno essere opportunamente riviste e/o integrate dalla Ripartizione Provinciale competente.

Non sono oggetto di monitoraggio le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva.

7.2. Prestazioni ambulatoriali

7.2.1. Tipologia di monitoraggio

Le prestazioni oggetto di monitoraggio comprendono esclusivamente le prime visite e le prestazioni diagnostiche-terapeutiche di primo accesso. Tale monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore:

Indicatore: Percentuale di garanzia (Percentuale di rispetto del tempo massimo di attesa).

Formula (%): numero di prenotazioni garantite entro i tempi per ogni classe di priorità e per ogni prestazione/numero di prenotazione per ogni classe di priorità e per ogni prestazione.

7.2.2. Ambito di garanzia

L'ambito di garanzia coincide con il territorio provinciale e pertanto tutti i dati vengono elaborati e pubblicati con riferimento ad esso.

Per il calcolo del tempo di attesa sono da considerare esclusivamente le prenotazioni rispetto alle quali è stata accettata la prima disponibilità all'interno dell'ambito di garanzia, così come previsto dal PNGLA.

7.2.3. Monitoraggio ex ante

Si effettua solo per le prestazioni di primo accesso.

I dati sui tempi di attesa sono trasmessi alla Provincia, che poi li invia al Ministero della Salute.

È definita la seguente modalità di monitoraggio: una settimana indice a trimestre, con l'invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione.

7.2.4. Monitoraggio ex post

Si effettua solo per le prestazioni di primo accesso.

Il monitoraggio ex post dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali è effettuato attraverso la trasmissione alla Provincia dei dati del flusso ex articolo 50 della Legge 24 novembre 2003, n. 326, che lo trasmette a sua volta al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), con cadenza mensile entro 10 giorni del mese successivo a quello di rilevazione.

Anche il monitoraggio ex post è effettuato dalla Provincia.

7.3. Prestazioni in regime di ricovero

7.3.1. Tipologia di monitoraggio

Il monitoraggio riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri per acuti, programmabili con classe di priorità A e sarà effettuato attraverso la seguente misurazione dell'indicatore:

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A.

Formula: numero di prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/numero di prestazioni totali per Classe di priorità A.

Il presente Piano prevede, inoltre, il monitoraggio da parte della Provincia dei tempi medi di attesa per i ricoveri programmati di classe di priorità B, C e D per i quadri patologici definiti a livello nazionale e provinciale.

Le soglie di garanzia devono valere distintamente per entrambi i regimi di ricovero.

La Provincia invia a cadenza trimestrale al Ministero della Salute i report relativi ai tempi di attesa dei ricoveri programmati.

7.3.2. Pubblicazione tempi di attesa

La Provincia monitora la pubblicazione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri oggetto di monitoraggio sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e provvede a pubblicarli anche sul proprio sito istituzionale.

7.4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Sono oggetto di monitoraggio esclusivamente le sospensioni non programmate, ossia le sospensioni delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte dell'Azienda Sanitaria (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In particolare, sono oggetto di monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute alla riorganizzazione dei servizi offerti.

Il monitoraggio riguarda le sospensioni relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio, nel caso in cui tale sospensione coinvolga la totale mancata erogazione di una certa prestazione all'interno dell'ambito di garanzia.

I dati dovranno essere inviati con cadenza semestrale alla Provincia, che poi li trasmette al Ministero della salute entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

7.5. Monitoraggio dei PDTA

Il Monitoraggio dei PDTA sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle linee guida elaborate dall'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa.

La fonte dei dati per il calcolo degli indicatori PDTA è rappresentata dagli archivi sanitari elettronici amministrativi, presenti nella Provincia di Bolzano e per i quali è possibile l'interconnessione, allo scopo di tracciare il soggetto in tutti gli accessi alle prestazioni sanitarie di interesse.

7.6. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ALPI

Il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas.

7.7. Monitoraggio Siti Web

Lo scopo del monitoraggio è di verificare la presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web della Provincia e dell'Azienda Sanitaria.

L'Azienda Sanitaria deve pubblicare sul proprio sito web almeno le seguenti informazioni:

- accessibilità
- presenza del Piano Attuativo Aziendale
- dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B
- 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 on-line.

I risultati del monitoraggio sono diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

7.8. Valutazione di concordanza

La valutazione di concordanza, intesa come valutazione di corrispondenza, relativa allo stesso caso clinico, tra la classe di priorità (U-B-D-P) attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista, è da effettuarsi su 11 set di prestazioni stabiliti nel PNGLA, caratterizzati da un elevato impatto sociale ed una particolare rilevanza diagnostica. L'Azienda Sanitaria valuta l'eventuale estensione della valutazione di concordanza su altre prestazioni a potenziale rischio di inappropriata prescrizione.

Essa prevede che per ciascun set di prestazioni oggetto di monitoraggio, debbano essere raccolte almeno 100 prescrizioni per struttura erogante (ad esempio: presidio ospedaliero, poliambulatorio distrettuale) e che tali prescrizioni debbano essere raccolte in modo consecutivo dalla data scelta come inizio dell'applicazione.

Per ciascuna delle prescrizioni raccolte, dovrà essere pertanto valutata la corrispondenza tra la classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista (medico erogatore). È opportuno che l'attribuzione della classe di priorità da parte dello specialista venga effettuata prima dell'erogazione della prestazione, per evitare che l'assegnazione della classe di priorità risulti influenzata da eventuali informazioni cliniche emerse nel corso della visita. L'attribuzione della classe di priorità da parte dello specialista dovrebbe, inoltre, essere svolta "in cieco" rispetto all'informazione della classe di priorità attribuita dal medico prescrittore.

L'Azienda Sanitaria garantisce una sistematica raccolta dei dati e la relativa analisi. La raccolta e l'analisi dei dati andrà effettuata su applicativi informatici individuati ad hoc.