

**Strategie regionali
per il Governo dell'accesso alle prestazioni
di specialistica ambulatoriale
e il contenimento dei Tempi di Attesa**

Sommario

1. Introduzione.....	4
2. Un nuovo paradigma per la Specialistica Ambulatoriale	8
3. Obiettivi a breve termine: entro i primi 6 mesi del 2024	14
3.1 Agende sempre aperte: la centralità del sistema CUP e l'importanza della pianificazione dell'offerta	14
3.1.1 Sistema CUP per la gestione dell'offerta	14
3.1.2 Disponibilità delle Agende di prenotazione.....	15
3.1.3 Agenda di prenotazione	15
3.1.4 Agende Autogestite	16
3.1.5 Preliste (liste senza appuntamento).....	17
3.1.6 Agende di garanzia	19
3.1.7 Front office e Canali di prenotazione.....	19
3.1.8 Pagamento del ticket	21
3.2 Incremento dell'offerta.....	22
3.2.1 Piano Straordinario di produzione per ambito territoriale.....	22
3.2.2 Incremento dell'offerta nell'ambito di strutture pubbliche ospedaliere e territoriali	22
3.2.3 Incremento dell'offerta attraverso le prestazioni aggiuntive.....	23
3.2.4 Offerta di visite da strutture private accreditate	23
3.2.5 Coinvolgimento dei medici in formazione specialistica	24
4. Obiettivi medio-lungo termine	25
4.1 Azioni per potenziare l'Appropriatezza	25
4.1.1 Protocolli prescrittivi	25
4.1.2 Teleconsulto	26
4.1.3 La medicina convenzionata.....	27
4.2 Presa in carico	28
4.2.1 Visite ed esenzioni per patologia – dematerializzazione del certificato e ottimizzazione del percorso.....	29
4.3 La struttura dell'offerta e le piattaforme erogative e prenotative	30
4.4 Riorganizzazione accesso chirurgia ambulatoriale e gestione delle piattaforme	32
4.5 Impiego omogeneo dei professionisti	33
5. Ruoli e responsabilità	34

6. Monitoraggio	36
6.1 Tempi di Attesa	36
6.2 Tempo Lordo	36
6.3 Preliste.....	36
6.4 Piani Straordinari di produzione	37
6.5 Disponibilità di visite da parte del Privato Accreditato.....	37
7. Valutazione degli obiettivi.....	38

1. Introduzione

La Regione Emilia-Romagna da tempo ha implementato strategie di contenimento e programmazione efficiente delle liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e ai ricoveri chirurgici programmati (DGR 1056/2015 e DGR 272/2017). Nel 2019 è stata adottata la DGR 603/2019 “Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021”, ed è stato istituito l’Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero; successivamente, nel 2022 è stato predisposto il “Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa chirurgiche, ambulatoriali e di screening oncologici”.

La strategia pluriennale messa in campo ha consentito di realizzare importanti risultati nella riduzione dei tempi di attesa in tutte le discipline e ambiti monitorati e nel recupero delle prestazioni non erogate nel periodo Covid.

Complessivamente, se si escludono le prestazioni afferenti al laboratorio, negli anni 2022 e 2023 si assiste ad un trend di aumento dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale fino ad arrivare nel 2023 a superare i 16 milioni di prestazioni erogate, prestazioni che nel 2019, anno pre-pandemia, erano pari a circa 16,9 milioni.

Si riscontra, comunque, il permanere di criticità sui tempi di attesa per una parte delle prestazioni di visita e di diagnostica, così come non sono state superate tutte le difficoltà nella fase di prenotazione, relativamente alla piena fruibilità dei sistemi di accesso (agende prenotabili sui 24 mesi), o alla sistematica presa in carico per controlli e approfondimenti da parte delle strutture sanitarie.

Anche il fenomeno dell’inappropriatezza continua a rappresentare un elemento che incide notevolmente sulla capacità del sistema di garantire equità nell’offerta delle prestazioni.

La Regione Emilia-Romagna è una delle regioni italiane caratterizzate da un altissimo consumo di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Vi sono margini di miglioramento a livello organizzativo e tecnologico per facilitare e favorire il confronto professionale fra medici di medicina generale e specialisti e per ridurre l’impegno non clinico dei professionisti sanitari.

Inoltre, il sistema sanitario attualmente si trova a fronteggiare alcune nuove sfide principalmente legate ai seguenti fattori:

- forte aumento della domanda di prestazioni sanitarie rispetto al periodo pandemico;

- difficoltà nel reperimento di personale medico soprattutto in alcune discipline;
- disomogeneità territoriali tanto nella domanda quanto nell’offerta di prestazioni;
- opportunità e potenzialità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, intelligenza artificiale, etc);
- cambiamenti demografici in corso come il progressivo invecchiamento della popolazione e il calo di natalità, e cambiamenti del contesto sociale con l’aumento di persone sole e di situazioni di fragilità;
- garanzia dell’universalismo ed equità di accesso nel rispetto della sostenibilità complessiva del sistema.

Per questo, come già avvenuto per il tema della Rete dell’Emergenza Urgenza, la cui riorganizzazione è stata avviata nella sua prima fase attuativa con l’approvazione della DGR 1206 del 17/07/2023, la Regione Emilia-Romagna intende con il presente provvedimento intraprendere il **percorso per accompagnare il sistema verso un nuovo paradigma di concezione e attuazione dell’Assistenza Specialistica Ambulatoriale**. Questo percorso non potrà che svilupparsi con azioni di medio-lungo periodo per agire sulle dimensioni strutturali e sugli aspetti più complessi del processo, ma trova già una prima declinazione attraverso interventi di breve periodo mirati a superare alcune delle criticità presenti.

Presupposto per un avvio efficace di questo percorso è l’incremento dell’offerta di prestazioni, in particolare delle visite specialistiche, che oggi impattano particolarmente sui tempi d’attesa. Un incremento immediato e straordinario di prestazioni, soprattutto visite specialistiche, metterà a disposizione dei cittadini più opportunità in un orizzonte temporale di breve periodo, generando un impatto positivo sui tempi di risposta, riportando le situazioni oggi problematiche ai livelli standard e consentendo quindi di organizzare la programmazione futura in modo più efficace.

I primi interventi di questo percorso hanno un orizzonte di breve periodo e si focalizzano sui seguenti punti chiave:

- rendere sempre effettiva la possibilità di prenotare le prestazioni, garantendo le condizioni per avere le **agende sempre aperte** e con una rete di prenotazione che contenga l’intera offerta. Per questo l’orizzonte di **disponibilità** dovrà essere **di almeno**

- 24 mesi** in modo dinamico rispetto alle richieste, affinché non si verifichino situazioni in cui tutta l'offerta, sia per i primi accessi sia per i controlli, risulti saturata;
- facilitare il cittadino e sollevarlo dall'onere di dover ricontattare i servizi di prenotazione nel caso non vi sia una disponibilità, al momento del contatto, utile a garantire la priorità definita dalla prescrizione. Verranno introdotte le **Preliste** che consentono la registrazione delle richieste in un elenco progressivo in ordine cronologico. I cittadini inseriti nelle Preliste saranno contattati, con una tempistica che consenta di rispettare la priorità definita dalla prescrizione (Priorità U, B, D e P) ovvero ricevere la comunicazione, dall'inserimento in prelista, per lo svolgimento della prestazione: entro 6 giorni per la priorità B, entro 15 giorni per le visite con priorità D, entro 30 giorni per le prestazioni diagnostiche con priorità D;
 - entro 15 giorni dall'approvazione di questo provvedimento ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, dovrà presentare un **Piano Straordinario di produzione per il proprio ambito territoriale** per garantire nell'immediato, e per tutto l'anno 2024, un significativo aumento di prestazioni. Per raggiungere questo obiettivo le Aziende dovranno implementare azioni di miglioramento dell'efficienza produttiva ed organizzativa, anche **incrementando la presenza e l'operatività degli specialisti** sia delle Aziende Sanitarie Territoriali sia delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS **nel setting ambulatoriale e nelle strutture territoriali**, in primis nelle Case della Comunità;

La **Regione Emilia-Romagna** nel 2024 metterà a disposizione **30 milioni di €** finalizzati al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, per la realizzazione dei Piani Straordinari di produzione.

Un pilastro continuerà ad essere la ricerca costante di un progressivo **incremento dell'appropriatezza**, a tutti i livelli e in tutti gli ambiti: prescrittiva, organizzativa ed erogativa. Infatti, l'appropriatezza rappresenta la strada per garantire equità d'accesso alle prestazioni attraverso l'aderenza del medico prescrittore alle regole prescrittive (classe di priorità, tipologia di accesso, quesito diagnostico), ai profili prescrittivi e ai PDTA definiti a livello

regionale. Allo stesso tempo, essa riduce il ricorso a prestazioni non necessarie, consentendo di utilizzare le risorse per gli effettivi bisogni di salute.

Vengono poi consolidati processi già in corso, e altri ne vengono avviati, con un orizzonte temporale di medio lungo periodo per:

- **sviluppare le piattaforme** di prenotazione e di erogazione, al fine di orientare gli sforzi organizzativi verso:
 - l'utilizzo di strumenti che semplifichino il rapporto con il cittadino, anche mediante il ricorso a sistemi di prenotazione “intelligente” e il più possibile automatizzata, che, a partire dalle ricette prescritte, consentano la ricerca sulle agende disponibili fornendo il primo appuntamento, senza quindi la necessità di interventi da parte degli operatori;
 - un'organizzazione della rete di offerta che preveda per le prestazioni a bassa complessità ed alta prevalenza l'erogazione nelle Case della Comunità a livello distrettuale o di area (anche attraverso l'organizzazione di snelli percorsi di presa in carico dei pazienti cronici o anziani pluripatologici), per quelle più complesse e a bassa prevalenza l'erogazione nelle sedi ospedaliere Hub;
 - l'efficienza produttiva e pieno utilizzo degli spazi ambulatoriali e delle dotazioni tecnologiche a disposizione;
- una **riorganizzazione dell'accesso alla chirurgia ambulatoriale** e delle relative piattaforme;
- perseguire in tutti gli ambiti territoriali e in tutte le strutture, la totale **presa in carico dell'assistito** da parte della struttura dello specialista che effettua la prima prestazione.

2. Un nuovo paradigma per la Specialistica Ambulatoriale

Il tema dell'attesa per poter eseguire una prestazione è un elemento centrale e di primaria importanza nei sistemi sanitari, ancor più nei paesi con un'assistenza sanitaria universalistica come l'Italia. Infatti, la tempestività di risposta ad un proprio bisogno di salute è uno degli elementi che maggiormente incide sulla qualità dell'assistenza percepita dai cittadini, e condiziona in modo significativo il rapporto di fiducia verso il sistema delle cure.

Inoltre, l'allungamento dei tempi di attesa comporta il rischio di limitare la garanzia di equità di accesso e il rispetto del diritto di tutela della salute.

Per questo il governo dei tempi di attesa è una delle attività prioritarie delle istituzioni sanitarie a tutti i livelli per le rispettive competenze e leve di azione: livello nazionale, livello regionale, livello aziendale e territoriale.

Inoltre, in questo momento storico, l'andamento dei tempi di attesa continua a subire gli effetti del biennio pandemico, con implicazioni sulle prestazioni da erogare, sul gap fra domanda e offerta e anche sull'organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari.

Come si può osservare nella tabella seguente (TAB 1), l'erogato, al netto dell'attività di laboratorio, a seguito del periodo pandemico ha subito una contrazione tra il 2022 e il 2019, a cui ha fatto seguito nel 2023 una ripresa di attività rispetto all'anno precedente.

TAB 1 - N. prestazioni erogate in Emilia-Romagna - regime SSN - escluso laboratorio

	2019	2022	2023	var % 22 vs 19	var % 23 vs 19	var % 23 vs 22
D-Diagnostica	6.838.201	6.394.537	6.694.600	-6%	-2%	5%
R-Riabilitazione	1.612.950	1.451.534	1.548.524	-10%	-4%	7%
T-Terapeutica	2.510.460	2.342.919	2.418.827	-7%	-4%	3%
V-Visite	5.974.981	5.133.545	5.432.970	-14%	-9%	6%
TOTALE	16.936.592	15.322.535	16.094.921	-10%	-5%	5%
(V-Visite) +(D-Diagnostica)	12.813.182	11.528.082	12.127.570	-10%	-5%	5%

La necessità di replicare le azioni di recupero intraprese negli anni passati va rafforzata con un significativo e repentino aumento dell'offerta per consentire al sistema di assorbire il maggior numero di richieste non ancora evase e di riportare le attese a una situazione di maggiore equilibrio.

In ogni caso anche l'OCSE¹ segnala come non ci si possa limitare ad una politica di aumento dell'offerta, ma si debba affrontare l'assistenza specialistica territoriale in modo olistico ed integrato, con interventi e politiche sul lato della domanda ma anche della riorganizzazione e dell'efficientamento dell'intero processo, coinvolgendo altresì tutti gli attori in gioco: cittadini, come utenti e come caregiver; prescrittori; enti e professionisti che erogano; enti e professionisti che organizzano il processo; istituzioni che lo regolano.

Il processo dell'assistenza specialistica ambulatoriale si compone di varie fasi, dal momento dell'insorgenza del bisogno del cittadino fino alla trasmissione nei flussi informativi delle informazioni codificate sulla prestazione erogata.

Possono essere individuati alcuni momenti chiave del processo:

- prescrizione della prestazione da parte del professionista medico;
- primo contatto del cittadino con uno dei terminali del sistema di prenotazione (sportelli delle Aziende Sanitarie, CUPweb, Fascicolo Sanitario Elettronico-FSE, farmacie, altro) per individuare una data in cui effettuare la prestazione;
- prenotazione della prestazione in una delle agende disponibili a sistema (o eventuale inserimento in prelista);
- erogazione effettiva e refertazione della prestazione.

A ciascuno di questi momenti corrisponde una data in cui esso si concretizza: data di prescrizione, data di primo contatto, data di prenotazione e data di erogazione. Queste date possono coincidere (ad esempio può capitare per data di primo contatto e data di prenotazione), ma spesso sono differenti, individuando così degli intervalli temporali oggetto di monitoraggio.

¹ OECD Health Policy Studies Waiting Times for Health Services Next in Line, 2020

La modalità di misurazione dei Tempi di Attesa è definita in modo puntuale nei provvedimenti nazionali e regionali e gli indicatori che ne discendono sono oggetto di valutazione delle performance per le Regioni e per le Aziende Sanitarie. Nell'ottica di un approccio sistemico che miri a conoscere in maniera sempre più approfondita l'intero processo per individuare ambiti di miglioramento, verranno implementate ulteriori modalità di misurazione della durata delle fasi del processo e della quantificazione delle diverse tipologie di intervallo temporale fra uno step e l'altro. Un esempio è l'analisi del "Tempo Lordo" di Attesa, ossia l'intervallo fra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione, che verrà monitorato nei suoi principali intervalli, tra cui il Tempo che intercorre tra la data di prescrizione e la data di primo contatto/prenotazione, informazioni queste, da cui ricavare possibili spunti di riflessione, analizzando tali valori congiuntamente ai Tempi di Attesa (come codificati normativamente) e al dimensionamento dell'offerta.

Anche l'analisi delle prescrizioni e dei volumi di produzione che gli erogatori sono in grado di offrire al Sistema, oltre a quelle dei Tempi di Attesa, rappresentano dimensioni chiave nel processo dell'assistenza specialistica ambulatoriale. È evidente come queste dimensioni siano profondamente correlate, ad esempio, un incremento di capacità produttiva rende disponibile un'offerta che, soprattutto in momenti di criticità, comporta un miglioramento dei Tempi di Attesa.

La capacità produttiva rappresenta, pertanto, un ulteriore elemento di attenzione per il Sistema Sanitario Regionale, pur nella consapevolezza che non si debba sopravvalutare l'efficacia dell'espansione non governata dell'offerta per i potenziali rischi di induzione della domanda che potrebbero scaturirne.

Per questo, interventi mirati di incremento dell'offerta vanno presi in considerazione e realizzati per recuperare arretrati che si sono accumulati, e per riportare la capacità produttiva ad un livello coerente con i bisogni appropriati di salute.

Una volta raggiunto un accettabile equilibrio con il fabbisogno di prestazioni, utilizzando anche risorse straordinarie e incentivanti e coinvolgendo diversi erogatori, occorre indirizzare sforzi e interventi verso la ricerca dell'efficienza della produzione stessa, in modo da rendere sostenibile e strutturale la capacità di offerta raggiunta.

L'efficienza va ricercata in tutte le fasi del processo:

- efficienza allocativa, ad esempio con miglioramento dei sistemi di prenotazione e organizzazione delle agende in un'ottica di flessibilità e trasparenza, che abbia al centro il cittadino e non il singolo erogatore, e che consenta una visione organica dell'intera offerta disponibile in regione attraverso tutti i canali di prenotazione;
- efficienza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni, con interventi per favorire capillarità di offerta per le prestazioni a bassa complessità ed alti volumi e concentrazione per quelle ad alta complessità e bassi volumi; con azioni per individuare livelli di capacità produttiva omogenei per situazioni omogenee di organico; con operazioni che incentivino il ricorso a tecnologie (telemedicina) e la massimizzazione dell'utilizzo delle infrastrutture e delle apparecchiature installate, per ridurre tutti quei tempi che non producono valore né per il cittadino né per il sistema;
- efficienza nella committenza verso gli erogatori privati accreditati e convenzionati, con interventi per finalizzare l'acquisto di prestazioni in base alle necessità e ai bisogni dei diversi territori;
- efficienza nel monitoraggio, con interventi per migliorare strumenti e sistemi informativi di supporto e con l'analisi di indicatori consolidati (come i Tempi di Attesa definiti nel PNGLA e nel PRGLA) e di ulteriori dimensioni che possano arricchire la comprensione dei fenomeni (ad esempio Tempo Lordo).

Un approccio all'assistenza specialistica ambulatoriale focalizzato esclusivamente su volumi erogativi ed efficienza risulta parziale e, quindi, non adeguato. Per ottenere benefici di salute per i cittadini e miglioramenti del processo, è indispensabile valorizzare e responsabilizzare i professionisti coinvolti e soprattutto consolidare l'appropriatezza come elemento che guida l'intero percorso, con riferimento sia all'appropriatezza prescrittiva ma anche a quella organizzativa ed erogativa.

Nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva, la Regione Emilia-Romagna continuerà a perseguire l'adozione di strumenti di governo della domanda e di supporto, prevedendo la definizione di protocolli clinici costruiti a partire da linee guida e redatti insieme ai professionisti clinici. Ulteriore passo per incrementare l'appropriatezza sarà l'informatizzazione dei protocolli prescrittivi per renderli fruibili direttamente dagli applicativi usati dai prescrittori.

L'implementazione di strumenti di confronto clinico tra medici di medicina generale e specialisti, ad esempio con il teleconsulto, potrà costituire un altro strumento a supporto dell'appropriatezza.

Perseguire l'appropriatezza potrà anche prevedere la possibilità di incentivarla mediante gli strumenti a disposizione della Regione Emilia-Romagna e delle Aziende Sanitarie, dagli obiettivi di budget per gli specialisti, agli accordi integrativi per i professionisti dell'assistenza primaria.

Per questo, come già avvenuto per il tema della Rete dell'Emergenza Urgenza, la cui riorganizzazione è stata avviata nella sua prima fase attuativa con l'approvazione della DGR 1206 del 17/07/2023, la Regione Emilia-Romagna intende con il presente provvedimento intraprendere il percorso che accompagni il sistema verso un nuovo paradigma di concezione e attuazione del processo di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, in linea con gli attuali bisogni di salute, coerente con lo sviluppo dell'assistenza territoriale e adeguato sotto i diversi profili (volumi, appropriatezza prescrittiva ed erogativa, tempestività, disponibilità di risorse).

Elemento caratterizzante sarà il consolidamento dell'approccio che porta a identificare due macro-aggregazioni a cui ricondurre le prestazioni di specialistica, facendo seguire specifiche modalità operative ed organizzative a ciascuna macro-aggregazione.

Le prestazioni saranno approcciate secondo questa ripartizione:

- Prestazioni programmate, rivolte a
 - o pazienti noti con patologia cronica e/o rara, ossia con un problema già diagnosticato che necessita di controlli periodici (o di una struttura a cui accedere se insorge sintomo legato al problema noto);
 - o pazienti che per un periodo devono seguire un percorso strutturato (ad es. le gravidanze);
 - o pazienti seguiti in programmi di screening, medicina di iniziativa.
- Prestazioni non programmate, ad esempio primi accessi, finalizzate ad affrontare le problematiche non ancora diagnosticate e i bisogni estemporanei di accertamenti specialistici.

Nella costruzione del nuovo paradigma verranno declinate le modalità operative ed organizzative che consolideranno questo approccio.

Questo provvedimento rappresenta il primo step di questo percorso, e si concentra sulle azioni da realizzare nel periodo con l'obiettivo di porre le fondamenta per le successive fasi, partendo da una contrazione significativa delle prestazioni in attesa di erogazione (si veda la successiva sezione di "Obiettivi a breve termine"), condizione per implementare in modo proficuo ulteriori interventi sul processo. È infatti importante impostare politiche di governo della specialistica ambulatoriale e del fenomeno dell'attesa che raggiungano obiettivi nell'immediato, ma allo stesso tempo, e in parallelo, è necessario accompagnare trasformazioni strutturali e di lungo periodo, integrandosi con il disegno dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77. Il contenuto e le azioni della sezione "Obiettivi a medio - lungo termine" si colloca in questa traiettoria.

Ne discende che la priorità cronologica degli interventi proposti in questo provvedimento non coincide né esaurisce le priorità complessive, ma ne costituisce la base da cui partire per continuare a costruire il percorso di miglioramento continuo dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

3. Obiettivi a breve termine: entro i primi 6 mesi del 2024

3.1 Agende sempre aperte: la centralità del sistema CUP e l'importanza della pianificazione dell'offerta

3.1.1 Sistema CUP per la gestione dell'offerta

Con DGR 748/11 sono state approvate le “Linee guida CUP” di Centro Unificato di Prenotazione (CUP) che rappresenta il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, 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.

Il sistema CUP è uno strumento che facilita l'accesso alle prestazioni sanitarie e consente di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano un feedback costante rispetto alle azioni messe in campo, per ottimizzare l'offerta, rimodularla, quando necessario, confrontando le stime del bisogno, l'offerta disponibile, il prenotato e l'erogato.

Il Sistema CUP rende possibile la prenotazione di prestazioni specialistiche erogate presso varie tipologie di strutture (strutture pubbliche e private accreditate), per i diversi regimi di erogazione (SSN, libera professione intramoenia) e per le differenti modalità di accesso.

Deve, quindi, contenere l'offerta di tutte le prestazioni delle aziende di ciascun ambito territoriale, inclusa quella delle agende autogestite, con modalità che garantiscano l'integrazione informativa con i vari sistemi aziendali coinvolti. Anche l'accettazione dei pazienti in accesso diretto (senza prenotazione) deve interfacciarsi al sistema al fine di ottimizzare l'intera offerta e renderne possibile il monitoraggio continuo.

La rete di prenotazione deve dare la possibilità di “vedere” tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili. Ogni punto di prenotazione deve interfacciarsi con la rete, garantendo in ciascuno la visione delle disponibilità e differenziando, ove necessario, i livelli di accesso dei vari utenti (es: tutti i punti di prenotazione possono vedere il calendario delle disponibilità delle PET, ma solo il punto di prenotazione della medicina nucleare, o altro punto addestrato per la gestione di percorsi specifici, può fissare gli appuntamenti).

Le attività di Back-office sono finalizzate alla programmazione e manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione, in particolare:

- Gestione e programmazione delle agende di prenotazione (allineamento al catalogo regionale SOLE, configurazione posti disponibili per classe di priorità, configurazione agende di accettazione, modifica per sospensioni, variazioni orari, gestione tipologie di contratto SSN/LP, ecc.)
- Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione (comunicazioni di variazioni dell'offerta, trasmissione ai servizi erogatori di informazioni su pagamento del ticket, formazione operatori, raccolta di eventuali segnalazioni di problemi inerenti al servizio ecc.)
- Monitoraggio per il governo delle liste di attesa (fornisce dati sull'attività di prenotazione, sui tempi di attesa e sui volumi del prenotato, livelli di saturazione agende, riprogrammazione delle disponibilità di calendario, rimodulazioni dell'offerta disponibile nelle diverse fasce di priorità).

3.1.2 Disponibilità delle Agende di prenotazione

Fatte salve tutte le indicazioni che definiscono le regole di implementazione delle agende, si sottolinea che esse devono prevedere in ogni momento una reale prenotabilità. Il sistema di prenotazione CUP deve essere strutturato in modo tale da consentire in qualunque momento la prenotazione di prestazioni richieste in regime SSN, garantendo almeno una sede prenotativa per il bacino di riferimento della prestazione.

L'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale è regolamentato da norme Nazionali e Regionali (Intesa Stato-regioni del 29 aprile 2010, DGR 748/11, Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), e prevedono un Centro Unificato di Prenotazione (CUP) e delle precise indicazioni che escludono l'utilizzo di agende diverse da quelle a disposizione dal sistema CUP.

3.1.3 Agenda di prenotazione

L'agenda di prenotazione è l'unità elementare per la gestione dell'offerta e comprende:

- le prestazioni che possono essere prenotate/erogate;
- equipe erogante (non possono essere riferite al nominativo del singolo professionista) e la struttura erogante (sede dell'ambulatorio);

- gli orari di servizio e i periodi di calendario disponibili;
- il regime di erogazione della prestazione (SSN o LP);
- la priorità U, B, D, P e il tipo di accesso, primo accesso e accesso successivo (con la possibilità di ridistribuire l’offerta qualora non si preveda di occupare completamente le disponibilità previste, attraverso riconversioni automatiche);
- i profili di accesso all’agenda (agenda prenotabile da operatori CUP (sportello o call center), prenotabile da altri operatori (farmacista, specialista dell’azienda, operatori sanitari, infermieri), prenotabile da sistema esterno (ad esempio tramite il CUP Integratore o CUPWEB);

Per la costruzione dell'agenda di prenotazione occorre definire in primis lo slot temporale di erogazione della singola prestazione facendo riferimento ad un valore univoco che discende dai tempari regionali, che saranno di riferimento per la durata delle diverse prestazioni.

In secondo luogo, occorre stabilire l’orizzonte temporale del calendario dell’agenda da sottoporre alla pianificazione e rendere disponibile alla prenotazione, che deve essere sempre disponibile per almeno 24 mesi, affinché non si verifichino situazioni in cui tutta l’offerta, sia per i primi accessi che per i controlli, viene saturata.

Le situazioni che determinano impossibilità di erogazione di prestazioni già prenotate (es. guasto macchina, eccezionale indisponibilità del personale, ecc.), non devono influenzare la disponibilità di prenotazione.

Le prestazioni di controllo, accesso successivo e follow up devono essere prenotate su agende anche esse configurate sul Sistema CUP, il cui accesso in visualizzazione e prenotazione viene regolato mediante la selezione dei profili di accesso.

3.1.4 Agende Autogestite

Le agende gestite direttamente dalle unità operative (c.d. *Agende Autogestite*), sia per le attività di back office che per la prenotazione, devono comunque essere configurate utilizzando il sistema CUP, e come sopradescritto, occorre prevedere un profilo di accesso riservato. Queste agende possono essere utilizzate ad esempio per la prenotazione delle prestazioni di controllo, dei percorsi di follow up o comunque di tutte le prestazioni necessarie per la presa in carico da parte di professionisti o di unità operative.

3.1.5 Preliste (liste senza appuntamento)

Le preliste 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 Preliste rappresentano uno strumento che deve essere introdotto eccezionalmente, qualora ci siano criticità nei tempi d'attesa, che si utilizza per il paziente che non trova alcuna risposta alla sua richiesta nel momento di contatto con il sistema di prenotazione, ad esempio a causa della saturazione delle agende. Per l'inserimento in tali preliste è necessario registrare i riferimenti utili del cittadino (ad esempio ricetta, anagrafica, recapito di riferimento), in caso di prescrizione dematerializzata la ricetta va presa in carico al fine di essere ricontattato per la proposta di assegnazione dell'appuntamento. Come indicato nel piano nazionale, 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. Queste preliste possono rispondere a esigenze diverse e quindi avere anche caratteristiche molto diverse, come di seguito descritto.

Preliste per richieste di primo accesso

Nel caso in cui su tutte le strutture del territorio provinciale o ambito aziendale, in un determinato momento, non sia disponibile alcuna agenda di prenotazione per una specifica prestazione richiesta (a causa della saturazione di tutti i calendari delle agende CUP a 24 mesi), occorre obbligatoriamente prospettare al cittadino la possibilità di essere registrato nella Prelista. In questo caso la finalità dello strumento è quella di minimizzare il disagio al cittadino che diversamente, per riuscire a prenotare, dovrebbe ricontattare il CUP anche più volte in momenti successivi.

Qualora accetti la proposta, al cittadino viene rilasciato un codice di identificazione e la data di inserimento in prelista, che attesta l'effettiva registrazione e deve essere opportunamente informato circa i tempi previsti entro cui sarà richiamato per avere l'appuntamento. In particolare, i cittadini inseriti nelle Preliste saranno contattati, con una tempistica che consenta di rispettare la priorità definita dalla prescrizione (Priorità U, B, D e P) ovvero ricevere la comunicazione, dall'inserimento in prelista, per lo svolgimento della prestazione: entro 6 giorni per la priorità B, entro 15 giorni per le visite con priorità D, entro 30 giorni per le prestazioni diagnostiche con priorità D.

La Prelista attivata per questa tipologia di prestazioni deve essere unica per tutto il territorio provinciale o ambito aziendale. Le ricette inserite devono comunque essere gestite in back office, assicurandosi che al cittadino venga comunque fornito un appuntamento in una delle agende presenti su sistema CUP del bacino di riferimento nei tempi congruenti a quanto previsto dall'impegnativa in base ai medesimi criteri già previsti per la prenotazione CUP.

Qualora vengano attivate per specifiche prestazioni (es. visita ematologica), o per l'accesso ad ambulatori specifici previsti da PDTA aziendali o regionali (es. ambulatorio cefalee, ambulatorio OSAS), l'utilizzo delle Preliste può essere supportato da una valutazione in merito all'appropriatezza delle richieste e può prevedere un feedback al medico prescrittore nel caso di richieste inappropriate. Altresì, dovrà essere argomento di discussione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), delle Aggregazioni Funzionali Territoriale (AFT) o delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

In caso di utilizzo, un costante e sistematico monitoraggio delle Preliste dovrebbe garantire un supporto all'analisi reale del fabbisogno, un efficientamento della produzione ordinaria e conseguente riduzione o dismissione delle stesse.

A livello regionale saranno oggetto di monitoraggio e di valutazione i tempi di attesa delle prestazioni presenti in tale tipologia di Preliste.

Preliste per prestazioni di accesso successivo (controlli e prese in carico)

Per la prenotazione di prestazioni di approfondimento diagnostico, di controllo o follow-up, necessarie a seguito di un primo accesso (ad es. visita o esame diagnostico), che devono essere gestite direttamente dalla struttura/professionista con la modalità di presa in carico, qualora (nonostante la disponibilità a 24 mesi del calendario) non sia possibile fornire al cittadino un appuntamento per indisponibilità di calendario, la struttura è comunque tenuta ad utilizzare la Prelista e a richiamare il paziente secondo tempi previsti dal percorso di presa in carico. Anche in questo caso poi l'appuntamento verrà fornito mediante una agenda inserita su Sistema CUP.

A livello regionale, saranno monitorate le modalità di gestione di tali tipologie di Preliste, i tempi di attesa delle prestazioni presenti e l'effettiva presa in carico del cittadino.

Preliste per prenotazione di prestazioni di primo accesso su strutture/ambulatori specifici a richiesta del cittadino

Nel caso in cui un cittadino, in fase di prenotazione, scelga di non accettare la disponibilità offerta dal Sistema CUP, ma prediliga l'appuntamento presso una struttura specifica per la quale le disponibilità di calendario anche a 24 mesi sono sature, è possibile prevedere l'attivazione della Prelista legata a quella specifica struttura/ambulatorio, comunicando al cittadino che l'attesa prevista potrebbe essere fuori standard e che potrebbe non ottenere la prestazione entro i tempi massimi di attesa.

A livello regionale anche questa tipologia sarà monitorata, ma non saranno oggetto di valutazione i tempi di attesa delle prestazioni di tali Preliste. Ciò in coerenza con quanto previsto dal monitoraggio regionale e nazionale. Infatti, quando il cittadino sceglie di non accettare la prima disponibilità per recarsi in una struttura di sua scelta, pur essendo il tempo di attesa superiore, non rientra tra le prenotazioni oggetto di monitoraggio. Anche in questi casi, comunque, la data di prima disponibilità deve essere tracciata.

3.1.6 Agende di garanzia

Le Agende di garanzia devono essere attivate dalle Aziende sanitarie non appena viene riscontrata una criticità sui tempi di attesa, coinvolgendo gli erogatori pubblici (comprese le Aziende Ospedaliere –Universitarie e gli IRCCS) e privati accreditati. Tali agende contengono dei posti reperibili attraverso il sistema CUP, in caso vi siano difficoltà per garantire i tempi di attesa con le disponibilità 'ordinarie'.

3.1.7 Front office e Canali di prenotazione

Nella progettazione di un Sistema CUP è importante prevedere un numero adeguato di canali di accesso, al fine di ottimizzare la fruibilità da parte del cittadino. Tra i canali di accesso possibili:

- sportello: con operatore dedicato;
- telefono: con un operatore di call center;
- operatori sanitari (medici di famiglia, specialisti, infermieri, altri operatori sanitari ecc.);
- farmacie territoriali;
- CUP WEB / FSE.

Occorre potenziare in particolare la prenotabilità on line per le prestazioni di primo accesso, e la prenotazione a carico della struttura per le prestazioni di presa in carico/controllo.

La formazione dedicata a tutti gli operatori del Front office in ciascun ambito territoriale deve essere programmata tempestivamente in coerenza con eventuali aggiornamenti delle regole sull'accesso.

È opportuno prevedere dei sistemi di prenotazione "intelligente" e il più possibile automatizzata, che a partire dalle ricette prescritte, consentano la ricerca sulle agende disponibili, fornendo il primo appuntamento al cittadino, senza quindi la necessità di interventi da parte degli operatori. I relativi documenti di riepilogo dell'appuntamento saranno comunque disponibili al cittadino nell'apposita sezione del FSE. Si precisa, in merito, che il FSE è attivo per tutti gli assistiti della Regione Emilia-Romagna ed è alimentato con tutta la documentazione prodotta dalle strutture sanitarie e che l'accesso al FSE avviene tramite credenziali SPID, Carta d'Identità Elettronica e Carta Nazionale dei Servizi (es. Tessera Sanitaria-CNS). A tale scopo è prioritaria la massima diffusione dell'utilizzo di Fascicolo Sanitario Elettronico.

Bacino di riferimento

L'"appartenenza al bacino di riferimento" deve essere rilevata a completamento del 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 (bacino 0, 1, 2).

In particolare, i casi che devono essere individuati sono:

- il paziente che sceglie la prestazione presso una struttura che non rientra fra quelle del suo bacino di riferimento: "Bacino 0";
- il paziente che sceglie una disponibilità proposta entro i tempi massimi di attesa nel suo bacino di riferimento, oppure anche oltre tali tempi, nel caso non vi sia disponibilità: "Bacino 1";
- il paziente che sceglie comunque un appuntamento presso una struttura con tempi di attesa oltre gli standard, nonostante vi sia un appuntamento entro standard disponibile nel suo bacino: "Bacino 2".

A prenotazione avvenuta, il Sistema CUP deve tenere traccia della prima disponibilità prospettata all'utente e della scelta da lui effettuata.

Le Aziende USL sono tenute a definire i bacini di riferimento, ovvero gli ambiti territoriali di garanzia di erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi di attesa, per le classi di priorità B, D, P, tenendo in adeguata considerazione la prossimità delle strutture di erogazione al domicilio del cittadino e le specifiche condizioni di viabilità legate alla distribuzione territoriale dell'azienda.

Sarà cura della Direzione generale cura della persona, salute e welfare verificare che la definizione dei bacini di riferimento sia coerente con i criteri sopra menzionati.

3.1.8 Pagamento del ticket

Il ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, se dovuto, può essere pagato al momento della prenotazione, oppure prima dell'erogazione della prestazione.

Come già previsto con DGR 748/2011, è 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. AUSL), ma anche quelle erogate da altre Aziende/strutture per le quali è possibile prenotare le prestazioni (es. AOSP o privati accreditati del medesimo ambito territoriale). Nel caso di prescrizioni che contengono prestazioni erogate da Aziende/strutture differenti, è necessario definire criteri di compensazione negli accordi di fornitura, in modo da permettere all'utente di pagare in un'unica soluzione.

Ci sono casi in cui può accadere che le prestazioni vengano pagate successivamente, come per esempio eventuali prestazioni aggiunte in sede di erogazione oppure nel Day Service dove, come da indicazione regionale, il calcolo del ticket viene fatto a percorso concluso e quindi il pagamento viene regolato una volta eseguite tutte le prestazioni.

Per consentire il pagamento sono attivi molteplici canali (Pago on-line, farmacie, sportelli CUP, pagoPA) che consentono al cittadino di provvedere al pagamento secondo i tempi e le modalità a lui più consone, ma qualora prima dell'erogazione non abbia provveduto, è opportuno prevedere sistemi di promemoria per i cittadini, per evitare il più possibile casi di dimenticanza.

In caso di mancato pagamento del ticket si darà corso al recupero del credito con addebito delle relative spese amministrative.

3.2 Incremento dell'offerta

3.2.1 Piano Straordinario di produzione per ambito territoriale

Entro 15 giorni dall'adozione della presente deliberazione, l'AUSL in collaborazione con l'Azienda ospedaliera ed eventuale IRCCS, tenuto conto del fabbisogno stimato e della situazione dei tempi d'attesa del proprio ambito territoriale, elabora un Piano Straordinario di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che prevede il coinvolgimento e l'impegno diretto di AUSL, AOU e IRCCS. Il Piano Straordinario di produzione è articolato in due parti con orizzonte temporale 2024: la prima, con un impegno particolare collegato all'esigenze attuali e la seconda, fino alla fine dell'anno. Il Piano Straordinario deve prevedere un incremento significativo della capacità produttiva che deriva dalla riorganizzazione interna (isorisorse), dalla produzione aggiuntiva in simil-alpi, e, sulla base delle esigenze dei territori come valutate dalle AUSL, dalle potenzialità produttive del privato accreditato.

Le Aziende sanitarie nell'attuazione del Piano Straordinario di Produzione devono ricorrere, in via prioritaria, all'incremento della produzione in ambito pubblico e, solo successivamente, all'incremento di acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate.

La Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare valida i Piani Straordinari di Produzione e attiva un sistema di monitoraggio, descritto nel successivo capitolo 6.

3.2.2 Incremento dell'offerta nell'ambito di strutture pubbliche ospedaliere e territoriali

Partendo da un'analisi dinamica e dal monitoraggio del gap produttivo tra domanda ed offerta, l'aumento dell'offerta SSN dovrà prevedere, per ogni territorio di riferimento di ciascuna Azienda USL, l'identificazione di tale gap per ogni prestazione (sia per quelle oggetto di monitoraggio sia per le altre critiche), e dovrà determinare la pianificazione degli interventi necessari per dare concretezza all'azione di incremento, coerentemente con i criteri di appropriatezza prescrittiva, tra cui:

- revisione dei piani di lavoro per favorire: un maggior coinvolgimento dei professionisti, che operano anche in altri setting, per l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale; incrementi di disponibilità di prestazioni nel sistema CUP, declinati per

tipologia di erogatore (ad esempio aziende ospedaliero-universitarie, privati accreditati...);

- potenziamento della presa in carico da parte dello specialista per le prestazioni di approfondimento, per i controlli necessari a completare l'iter diagnostico-terapeutico del paziente e a garanzia di un monitoraggio costante;
- presa in carico dei follow-up su ambiti specifici critici (ad esempio: progetti endoscopia, oncologia, senologia, endocrinologia, neurologia per Epilessia e Parkinson);
- pianificazione dell'implementazione nel territorio di riferimento del progetto per il consulto e un rapido confronto tra professionisti (ad esempio il progetto Specialista on call, "SPOC", già avviato in alcune aziende) per le specialità prioritarie secondo le specificità di ogni azienda.

Si precisa, inoltre, che il corretto rapporto fra attività istituzionale ed attività libero professionale previsto dalle normative viene garantito e monitorato, prevedendo il blocco dell'attività libero-professionale nei casi che presentino criticità permanenti nel corretto rapporto fra volumi erogati istituzionalmente e in regime di libera professione.

3.2.3 Incremento dell'offerta attraverso le prestazioni aggiuntive

Le aziende sanitarie potranno avvalersi, per le finalità di cui alla presente delibera, anche delle misure previste dai commi da 218 a 222 dell'art. 1 della L. 213/2023, ricorrendo allo strumento delle prestazioni aggiuntive, nei limiti previsti dall'art. 1 comma 218 e 219 e dall'Allegato III della L. 213/2023, nonché delle risorse che le Aziende hanno a disposizione in applicazione del cd. Fondo Balduzzi.

Si segnala che in fase di prima applicazione, la tariffa delle prestazioni aggiuntive della Dirigenza sanitaria finanziate dalla L. 213/23 viene individuata in 80 euro e quella del personale del comparto in 50 euro.

3.2.4 Offerta di visite da strutture private accreditate

Considerate le strategicità riguardanti i tempi d'attesa per le visite specialistiche, le aziende sanitarie, in coerenza con i Piani straordinari di produzione, se ritenuto necessario per raggiungere l'obiettivo di riduzione dei tempi d'attesa, potranno potenziare l'offerta anche avvalendosi del privato accreditato attraverso nuovi contratti o l'ampliamento dei contratti in essere, tenuto conto delle risorse disponibili; pertanto, le aziende sanitarie verificano, con

modalità trasparenti, la disponibilità dei soggetti privati accreditati a far fronte alle richieste delle aziende medesime.

Sempre al fine di contribuire alla riduzione dei tempi d'attesa per tali visite, le AUSL potranno anche verificare l'eventuale disponibilità delle singole strutture private accreditate a garantire la messa in disponibilità di visite nelle agende di prenotazione, in coerenza con le richieste delle aziende medesime. In quest'ultimo caso, le Aziende, tenuto conto delle risorse disponibili, potranno avvalersi delle misure previste all'art. 8-sexies (Remunerazione), co.1 e co. 2, del D.lgs. 502/1992, previa attivazione di un monitoraggio periodico della effettiva disponibilità delle visite nelle agende nel sistema CUP (come specificato nel paragrafo 6.5).

All'interno degli accordi contrattuali di fornitura, le AUSL potranno prevedere che, in esito alle verifiche effettuate, venga riconosciuta una quota di remunerazione pari a 5 € per ogni visita resa disponibile in agenda, ossia per tutte le prime visite e le visite di controllo messe a disposizione mediante i medesimi accordi. Tale quota sarà corrisposta al soggetto privato accreditato solo a fronte del riscontro di un effettivo aumento, rispetto a quanto erogato nel 2023, della messa in disponibilità delle visite, prime visite e visite di controllo, coerente con il Piano Straordinario di produzione. L'importo è determinato sulla base del costo standard di produzione del programma di assistenza di cui al co. 2 lett. a), b), f) art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992.

Le indicazioni contenute nel presente paragrafo hanno decorrenza dal 1° aprile 2024 con riferimento esclusivamente al 2024.

3.2.5 Coinvolgimento dei medici in formazione specialistica

I medici in formazione specialistica possono svolgere attività secondo quanto delineato dalle disposizioni organizzative in ordine all'incremento dell'offerta assistenziale, tenuto conto degli accordi definiti con i soggetti rappresentanti dei medici in formazione specialistica, delle disposizioni normative vigenti, nonché di quanto previsto dal Protocollo di intesa Regione – Università per la formazione medico specialistica.

Al fine di dare attuazione ai principi di questo provvedimento e per potenziare il processo di apprendimento in ambito assistenziale, si ritiene strategico consolidare e implementare modalità di coinvolgimento che i medici in formazione specialistica svolgono

nelle Aziende Sanitarie, promuovendone un maggior apporto nelle situazioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute e appropriate rispetto allo stato di avanzamento del percorso formativo. Tali modalità di coinvolgimento saranno proposte dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito dell'interlocuzione già avviata con le Università al fine di consentire una realizzazione concreta dei risultati posti.

4. Obiettivi medio-lungo termine

4.1 Azioni per potenziare l'Appropriatezza

Per consentire ai cittadini di trovare una risposta commisurata ai propri bisogni nel setting appropriato, è importante mettere in campo tutti gli interventi necessari per governare la domanda, ridurre l'inappropriatezza (non solo quella prescrittiva, ma soprattutto quella organizzativa).

4.1.1 Protocolli prescrittivi

A livello regionale si persegue l'adozione di strumenti di governo della domanda e di supporto all'appropriatezza prescrittiva che prevedono la definizione di protocolli clinici basati su linee guida e costruiti con la larga partecipazione dei clinici. Ai prescrittori si forniscono tutti gli strumenti informatici di supporto, affinché le richieste siano quanto più aderenti alle indicazioni regionali, vedi nota PG Prot. 21/03/2022.0282714.U.

L'informatizzazione dei "*Protocolli Prescrittivi*" nell'applicativo informatico del MMG rappresenta una guida alla corretta prescrizione, rendendo prescrivibile una certa prestazione soltanto qualora risponda ai parametri clinici previsti. A tali indicazioni regionali ha lavorato il Tavolo tecnico regionale dei tempi di attesa, composto dai Responsabili Unitari dell'Accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (RUA) di tutti gli ambiti territoriali della Regione e da collaboratori regionali.

Il lavoro ha previsto la definizione di protocolli che stabiliscono criteri di accesso alle diverse classi di priorità, basati, in primis, sulle indicazioni di appropriatezza già definite nel manuale RAO (allegato C al Piano Nazionale Governo liste di attesa 2019-2021 - PNGLA - e alla DGR 603/2019) e successivamente integrate in condivisione con i professionisti (specialisti e

MMG) di tutti ambiti territoriali regionali, facendo anche riferimento, in alcuni casi, a eventuali protocolli già in uso nelle varie aziende.

L'esito finale del lavoro è rappresentato da un documento contenente per ciascuna prestazione analizzata, una sezione descrittiva delle condizioni cliniche di accesso e una scheda riassuntiva, che in versione ufficiale, sono rese disponibili sul portale *ERsalute* alla pagina <https://salute.regione.emiliaromagna.it/cure-primarie/visite-ed-esami/accesso-appropriato> al fine di garantirne il costante aggiornamento.

Il lavoro inizialmente si è concentrato sulle prestazioni che, in diversi ambiti territoriali, presentano tempi di attesa oltre gli standard regionali e/o comportano difficoltà di accesso per i cittadini, e verrà progressivamente integrato con ulteriori prestazioni.

Tutte le indicazioni contenute nel documento, per poter essere rese operative, prevedono l'implementazione di strumenti di aiuto alla prescrizione per i medici (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali) che garantiscano il rispetto delle regole condivise fornendo al medico una guida alla scelta delle priorità sulla base delle condizioni cliniche del paziente che ha in carico.

A tale scopo quindi i percorsi prescrittivi vengono configurati sulla cartella regionale in uso ai MMG (*Cartella SOLE*) e le specifiche tecniche di implementazione sono sempre state rese disponibili a tutti i fornitori di cartella clinica presenti sul territorio affinché anche i medici che utilizzano applicativi diversi da *Cartella SOLE* siano nelle stesse condizioni di garantire l'adesione alle indicazioni regionali con analoghe modalità di guida alla prescrizione. Le Aziende Sanitarie hanno un ruolo fondamentale nella diffusione di tali indicazioni in sede di formazione dei propri professionisti.

A livello regionale verrà avviato il monitoraggio dell'impatto dell'applicazione di tali protocolli prescrittivi sulla domanda.

4.1.2 Teleconsulto

Aumentare le opportunità di confronto tra i medici di medicina generale e gli specialisti è senza dubbio una delle strade più efficaci per perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza compresa quella relativa all'utilizzo delle risorse.

Così come normato con DGR 1227/2021 (*Indicazioni in merito all'erogazione di servizi di telemedicina nelle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in applicazione all'Accordo Stato Regioni del 17 dicembre 2020 "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in*

telemedicina") e con circolare 2/2022, e come successivamente confermato con DGR 1050/2023 (*Approvazione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina della Regione Emilia-Romagna*), il teleconsulto prevede l'interazione a distanza tra medici per confrontarsi riguardo la situazione clinica di un paziente, condividendo dati clinici, referti, immagini e audio-video.

Il teleconsulto rappresenta un'opportunità di confronto tra MMG/PLS e specialisti e tra medici di specialità diverse al fine di condividere scelte cliniche prima di procedere alla richiesta di approfondimenti da parte del medico e prima dell'invio allo specialista riducendo in questo modo potenziali accessi inappropriati.

Le Aziende sono chiamate ad organizzare servizi di teleconsulto per le discipline maggiormente critiche in termini di accesso, strutturando soluzioni in grado di coniugare l'esigenza di organizzazione del lavoro degli specialisti con le necessità dei medici di medicina generale di usufruire di un riscontro in tempi appropriati e con modalità di comunicazione semplificate. In aggiunta alle soluzioni già in essere (fasce orarie o giornate di reperibilità da parte degli specialisti, organizzazione di appuntamenti, chiamate dirette), e in prospettiva al superamento delle stesse, le Aziende dovranno implementare modalità di comunicazione strutturate che non necessitino obbligatoriamente della disponibilità contemporanea di MMG/specialista e specialista e che consentano quindi uno scambio di informazioni fra i due interlocutori anche in un tempo differito, in modo tale da rendere più efficiente il ricorso al teleconsulto.

Tutti i medici del territorio devono essere opportunamente informati e formati circa le modalità di attivazione e fruizione del teleconsulto.

4.1.3 La medicina convenzionata

Gli accordi collettivi nazionali vigenti prevedono che i medici convenzionati con il Servizio sanitario regionale (medici del ruolo unico di assistenza primaria, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) concorrano ad assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In particolare, le prescrizioni specialistiche, comprese le diagnostiche, si attengono ai principi di appropriatezza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente.

L'utilizzo appropriato della risorsa di diagnostica strumentale, specialistica e terapeutica costituisce inoltre uno degli obiettivi assegnati dagli accordi collettivi nazionali,

obiettivo peraltro ripreso anche dalla Regione Emilia-Romagna con DGR 1254/2023 “Atto di programmazione per le nuove forme organizzative (AFT - Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP - Unità Complessa di Cure Primarie)”. Pertanto, l’appropriatezza prescrittiva costituirà uno degli elementi strategici da declinare all’interno dell’Accordo Integrativo Regionale e dei successivi accordi integrativi locali, anche mediante l’individuazione di adeguati strumenti di monitoraggio.

4.2 Presa in carico

E’ essenziale che tale pianificazione prenda in considerazione in maniera integrata, oltre al primo accesso, anche le attività necessarie per la presa in carico della cronicità e degli approfondimenti diagnostici conseguenti ad una prima visita e utili al completamento della diagnosi.

Tale modalità, oltre ad essere uno strumento efficace per la semplificazione dell’accesso da parte del cittadino, consente di distinguere in modo nitido i controlli dai primi accessi (sempre attraverso il sistema CUP) affinché le visite di controllo non si traducano in prime visite generando distorsioni nell’organizzazione dei primi accessi che sarebbero “sporcati” da prestazioni che in realtà non sono primi accessi. Ne consegue che anche la lettura dei tempi di attesa reali ne trae beneficio consentendo una distinzione chiara delle due tipologie differenti di accesso.

È necessario, quindi, perseguire in tutti gli ambiti territoriali e in tutte le strutture, la totale presa in carico dell’assistito da parte dell’unità operativa dello specialista che effettua la prima prestazione, mediante la prescrizione e prenotazione di successivi controlli e/o indagini affinché il paziente non sia indirizzato alla prenotazione a CUP ordinario, ma riceva gli appuntamenti dall’organizzazione. Anche per questa fattispecie di prestazioni si dovrà progressivamente tendere all’introduzione di sistemi di prenotazione “intelligente” e il più possibile automatizzata, che a partire dalle ricette prescritte consentano la ricerca sulle agende disponibili fornendo il primo appuntamento al cittadino, senza quindi la necessità di interventi da parte degli operatori.

Per la prenotazione delle prestazioni di approfondimento e completamento diagnostico (visite o diagnostica) occorre prevedere la prenotabilità tramite sistema CUP (sfruttando la configurazione dei profili di accesso in prenotazione). L’effettuazione della prenotazione è a

carico della struttura di riferimento, con l'obiettivo di garantire l'appuntamento in coerenza con la tempistica richiesta dallo specialista.

I centri di prenotazione interni e le segreterie dei servizi devono essere coinvolti in questo processo, operando a supporto degli stessi professionisti e cercando di coniugare giorni/orari di apertura degli stessi che vadano a coprire il più possibile le fasce di visita dei professionisti e quindi di accesso dell'utenza.

Con nota Prot. 21/03/2022.0282798.U, che qui si richiama e di cui si ricorda la necessità di applicazione, sono state definite le tipologie di presa in carico da parte dello specialista, garantendo le prenotazioni da parte di figure all'interno della struttura di appartenenza, al fine di garantirne l'applicazione uniforme in tutte le aziende. Si ricorda che le principali tipologie individuate sono:

1. Approfondimento e completamento diagnostico: semplice quando a seguito di prima visita emerge l'esigenza di una prestazione diagnostica oppure più articolato con necessità di avvio di un Day Service ambulatoriale diagnostico (DSA tipo1);
2. Programma terapeutico: qualora emerga la necessità di avviare il Day Service ambulatoriale di tipo terapeutico (DSA tipo 2);
3. Controlli successivi per il Monitoraggio della patologia e/o valutazione del trattamento terapeutico: qualora emerga la necessità di sottoporre il paziente a visite di controllo;
4. Avvio a secondi livelli per inquadramento diagnostico complesso nell'ambito della stessa disciplina specialistica
5. Avvio di un PDTA condivisi a livello Regionale (diabete, BPCO, scompenso cardiaco...)
6. Controlli di pazienti cronici in carico ai MMG, che necessitano di visite specialistiche

Per ognuna di queste fattispecie sono state fornite specifiche indicazioni in merito alle modalità di prescrizione e di prenotazione.

4.2.1 Visite ed esenzioni per patologia – dematerializzazione del certificato e ottimizzazione del percorso

Il riconoscimento delle esenzioni per patologia cronica ed invalidante è subordinato al rilascio di una certificazione specialistica che ne attesta il diritto, effettuata in corso di visita (prima visita o visita di controllo). La certificazione di patologia, che è funzionale al rilascio dell'esenzione da parte degli sportelli anagrafici, deve contenere tutte le informazioni utili per

la registrazione dell'esenzione (compreso il codice di esenzione ed il codice diagnosi) ed il rilascio del tesserino di esenzione (già dematerializzato da tempo).

Da circa un anno è stata progettata la funzionalità di dematerializzazione delle certificazioni specialistiche, che prevede che lo specialista produca il certificato in forma dematerializzata, e lo invii direttamente a FSE del paziente e all'Anagrafe Regionale Assistiti (qualora il cittadino abbia espresso la volontà di procedere con il riconoscimento dell'esenzione) per la contestuale emissione dell'attestato di esenzione, anch'esso caricato su FSE. Il cittadino, che sceglie di non richiedere al professionista la contestuale registrazione dell'esenzione in ARA, potrà comunque (durante il periodo di validità della certificazione) procedere successivamente, in autonomia tramite FSE, alla registrazione dell'esenzione in ARA.

Entro la fine del 2024, tutte le Aziende USL sono tenute ad implementare tale funzionalità, già sviluppata a livello regionale, al fine di accelerare il percorso di dematerializzazione e contribuire a snellire tutto il percorso di rilascio delle esenzioni. È opportuno che a tutti i cittadini sia prospettata la modalità sopradescritta e che tutti gli specialisti adottino tale procedura.

4.3 La struttura dell'offerta e le piattaforme erogative e prenotative

L'organizzazione dell'erogazione di attività specialistica ambulatoriale nell'ambito provinciale o aziendale deve necessariamente tenere conto della diversa composizione della domanda e dei relativi fabbisogni, in particolare per quanto riguarda:

- la gestione della cronicità e la quota di prestazioni che non afferiscono ai primi accessi;
- la modalità di dislocazione dell'offerta rispetto alla complessità e prevalenza delle prestazioni;
- la garanzia di un'offerta di prossimità nel pieno rispetto delle condizioni di sicurezza per il paziente.

Sarà importante strutturare una rete di offerta che si indirizzi verso l'erogazione a livello distrettuale o di area per le prestazioni a bassa complessità ed alta prevalenza, anche attraverso l'organizzazione di percorsi di presa in carico dei pazienti cronici o anziani pluripatologici. Quanto previsto nel successivo paragrafo 4.5 relativamente all'incremento

della presenza di specialisti ospedalieri nelle strutture territoriali, in primis nelle Case della Comunità, costituirà un elemento di supporto in questa direzione. Parallelamente si dovrà procedere verso una crescente erogazione delle prestazioni più complesse e a bassa prevalenza nelle sedi ospedaliere Hub.

La presenza di una rete di offerta distrettuale (o sovra distrettuale per i territori più periferici) dovrà essere tale da garantire non solo le prestazioni relative al monitoraggio della cronicità ma anche le prime visite e i controlli per bisogni ad alta prevalenza (ad esempio, cardiologia, pneumologia).

Sarà necessario orientare gli sforzi organizzativi delle Aziende, all'implementazione di modelli organizzativi che consentano un pieno utilizzo degli spazi ambulatoriali perseguendo l'obiettivo di ampliare l'offerta nell'arco delle 12 ore per 6/7 giorni a settimana con particolare riferimento al pieno utilizzo delle attrezzature di diagnostica pesante e dei centri caratterizzati da un ampio afflusso di utenza.

Nella definizione della propria Piattaforma Produttiva Ambulatoriale, si dovranno inoltre assicurare un governo puntuale e una gestione integrata e sistematica delle risorse umane, strumentali e tecnologiche, sviluppando anche collaborazioni fra strutture all'interno di una singola Azienda e fra Aziende del medesimo territorio.

Nell'ambito della diagnostica è importante pianificare progettualità ed interventi che portino ad un miglioramento dell'efficienza produttiva delle dotazioni tecnologiche a disposizione, mirando ad una massimizzazione progressiva della produttività.

In primis, nell'ambito della diagnostica ecografica, le Aziende devono predisporre ed avviare entro la fine del 2024, almeno per gli ecotomografi ad uso cardiologico, ginecologico e senologico, un'infrastruttura che consenta di monitorare puntualmente la produttività e le ore di effettivo utilizzo delle tecnologie (interfacciamento con dipartimentali già in uso, es. RIS/PACS).

Altresì, nell'ambito della diagnostica per immagini si dovrà procedere a impostare progettualità che mirino a massimizzare la produttività delle apparecchiature installate (es. Risonanze Magnetiche Nucleari e TAC con eventuale esclusione delle apparecchiature dedicate all'emergenza-urgenza e quelle a supporto della Radioterapia).

La Direzione generale cura della persona, salute e welfare mediante i settori competenti, monitora le azioni messe in campo dalle Aziende Sanitarie.

La ricerca della massimizzazione della produttività delle tecnologie dovrà essere ricercata, pianificata e monitorata anche per tutte le nuove strumentazioni, in particolare per quanto finanziato con il PNRR.

Relativamente all'organizzazione sopra descritta è importante proseguire e rafforzare il percorso intrapreso secondo quanto previsto come obiettivo di breve termine nel paragrafo 3.1.7 (Front office e Canali di prenotazione) in particolare per quanto riguarda la configurazione delle agende necessarie alla definizione di piattaforme prenotative. Si fa salvo quanto esplicitato al paragrafo 4.2 relativamente alla necessità di garantire la presa in carico dei pazienti qualora necessaria.

4.4 Riorganizzazione accesso chirurgia ambulatoriale e gestione delle piattaforme

La chirurgia ambulatoriale è caratterizzata da alti volumi di prestazioni ed elevata standardizzabilità ed in termini di percorso di accesso e fabbisogno assistenziale e spesso sovrapponibile alle prestazioni erogate in regime di Day Hospital che, come è noto, prevede il regime di ricovero e un diverso flusso informativo rispetto alle prestazioni specialistiche.

Certamente anche la chirurgia ambulatoriale ha un impatto nelle piattaforme di sale operatorie che, come noto, sono un driver di costi estremamente elevato ed alla costante ricerca di efficientamento. Anche in questo contesto, sono vincenti modelli di stratificazione della produzione per intensità di risorse assorbite e la chirurgia a bassa complessità (fra cui quella ambulatoriale) rientra appieno in questo approccio.

È pertanto necessario un approccio a questa domanda che avvicini questi percorsi e che, pur nel rispetto della normativa, tenda ad omogeneizzarne la gestione.

Al fine di perseguire tale approccio, saranno necessari alcuni interventi strategici ed organizzativi fra cui:

- Definire la casistica chirurgica in oggetto ed i relativi criteri di stratificazione nei vari setting in cui questa può essere erogata, nel rispetto dei nomenclatori vigenti;

- Identificare le caratteristiche di qualità e sicurezza (tecniche ed organizzative) dei setting in grado di accogliere la chirurgia a bassa complessità ambulatoriale e day surgery, contemplando le relative analogie e differenze;
- In virtù della sopra citata analogia con il resto della produzione chirurgica e del consumo di sale operatorie, tendere ad una gestione dell'accesso alla chirurgia ambulatoriale attraverso "lista di attesa" analoghe a quelle utilizzate per gli interventi in regime di ricovero;

Ciò naturalmente dovrà essere accompagnato da indicazioni specifiche di tale attività per la definizione degli standard di tempi di attesa, per la rendicontazione nei flussi regionali e per gli strumenti di gestione delle informazioni correlate, per le quali si rimanda a successivo documento regionale specifico.

4.5 Impiego omogeneo dei professionisti

Il processo di riorganizzazione complessivo delle attività sanitarie avviato in ambito ospedaliero con il provvedimento DM 70/2015, è stato stravolto dalla pandemia e condizionato dai cambiamenti demografici/epidemiologici. Tale processo viene sistematicamente influenzato dagli sviluppi tecnologici che condizionano potenzialità e aspettative dei cittadini, e nel 2022 è stato rivisto con la normativa di riordino dell'assistenza territoriale (DM 77/2022).

Nel pieno rispetto della normativa contrattuale vigente, dell'autonomia organizzativa e gestionale delle diverse aziende e della valorizzazione delle buone pratiche esistenti a livello regionale, si dovrà operare per il superamento dell'esclusività di erogazione da parte dei professionisti solo in alcune sedi (ad esempio solo all'interno di una singola struttura e solo nel setting ospedaliero), incrementando la presenza e l'operatività degli specialisti sia delle Aziende Sanitarie Territoriali sia delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli IRCCS nel setting ambulatoriale e nelle strutture territoriali, in primis nelle Case della Comunità.

Verranno poi concordate possibili sperimentazioni che mirino ad un miglioramento organizzativo anche prevedendo un maggior coinvolgimento della componente delle professioni sanitarie nell'erogazione diretta di alcune particolari tipologie di prestazioni nel rispetto delle competenze definite dalle norme vigenti, ad esempio nel caso di ortottisti e audiometristi.

Allo stesso tempo, si dovrà tendere ad una maggiore omogeneità nella capacità produttiva ambulatoriale dei professionisti di tutte le aziende sanitarie, utilizzando i valori medi delle aziende più produttive come riferimento di benchmarking da cui partire per analizzare e aumentare le performance: tale obiettivo dovrà essere raggiunto tenendo conto delle peculiarità delle singole situazioni (case-mix e complessità) ma comunque ricercando un miglioramento che riduca le differenze oggi riscontrabili fra le aziende sanitarie.

5. Ruoli e responsabilità

Viene nominato un Responsabile Unitario dell'Accesso (RUA), in capo all'Azienda territoriale, che garantisce un forte coordinamento interaziendale anche nei territori in cui sono presenti più Aziende.

Il Responsabile Unitario dell'Accesso dovrà garantire:

- la verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso l'applicazione delle indicazioni definite a livello regionale;
- la creazione e modifica delle agende specialistiche (comprese le Preliste) previa valutazione del fabbisogno e programmazione dell'attività;
- l'eventuale blocco della libera professione per le prestazioni che non rispettano le condizioni di equilibrio nel rapporto con l'attività istituzionale;
- il monitoraggio dei tempi di attesa;
- il monitoraggio della presa in carico dei cittadini da parte dello specialista.

Si dovrà prevedere anche la nomina di un Referente della specialistica ambulatoriale per ogni Azienda Ospedaliera Universitaria o IRCCS, che può essere lo stesso Direttore Sanitario o un suo delegato, che si dovrà raccordare con il RUA per:

- la messa in campo di azioni e strumenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva;
- la programmazione dell'offerta;
- il potenziamento della presa in carico da parte degli specialisti al fine di semplificare gli accessi e contenere i tempi di attesa dei primi accessi.

A livello regionale viene istituito un Tavolo operativo Permanente per la specialistica ambulatoriale che avrà la seguente composizione:

- In rappresentanza delle Aziende sanitarie:
 - il Responsabile unitario dell'accesso per ciascun Ambito territoriale (RUA) (AUSL, AOSP, IRCCS);
 - il Referente della specialistica ambulatoriale di ciascuna Azienda Ospedaliera Universitaria e IRCCS;
- In rappresentanza della Direzione generale cura della persona, salute e welfare:
 - il Responsabile del Settore Assistenza Territoriale;
 - Collaboratori regionali dei Settori che hanno competenze in materia di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

Il Tavolo operativo Permanente per la specialistica ambulatoriale ha il mandato di:

- verificare l'applicazione della presente deliberazione;
- effettuare il monitoraggio delle azioni messe in campo per il contenimento dei tempi di attesa;
- effettuare il monitoraggio dei tempi di attesa attraverso i sistemi vigenti;
- proporre interventi correttivi in caso di criticità;
- proporre azioni innovative in materia di accessibilità;
- supportare le attività dell'Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, nell'ambito della specialistica ambulatoriale.

A livello regionale è confermata l'istituzione dell'Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero (di cui alla DGR 603/2019) che avrà la seguente composizione:

In rappresentanza delle Aziende sanitarie:

- il Direttore sanitario di ciascuna Azienda sanitaria

In rappresentanza della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare della Regione

- il Direttore Generale Cura della Persona, salute e welfare della Regione;
- il Responsabile del Settore Assistenza Territoriale;
- il Responsabile del Settore Assistenza Ospedaliera.

L'Osservatorio verifica l'applicazione della presente deliberazione e, se necessario, definisce eventuali nuove strategie innovative ed efficienti per la semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini.

6. Monitoraggio

Al fine di monitorare l'andamento delle azioni descritte nei capitoli 3 e 4 sono definiti strumenti specifici di controllo che consentono una valutazione degli interventi.

6.1 Tempi di Attesa

Proseguirà il monitoraggio di Tempi di Attesa come definiti nella normativa nazionale e regionale mediante l'utilizzo degli strumenti in essere e gli indicatori attuali. In particolare, verrà effettuato il monitoraggio dei tempi di attesa ex ante attraverso il cruscotto regionale e il monitoraggio dei tempi di attesa ex post mediante il flusso della specialistica ambulatoriale e il flusso DEMA.

6.2 Tempo Lordo

Al fine di raccogliere informazioni utili ad approfondire le diverse fasi del processo che parte dalla prescrizione e arriva alla prenotazione, si procederà a strutturare strumenti ed indicatori che consentano di quantificare ed osservare il Tempo Lordo di Attesa, ossia l'intervallo temporale fra la data di prescrizione di una prestazione e la data di erogazione della stessa. Il Tempo Lordo verrà monitorato nei suoi principali intervalli, fra cui il tempo che intercorre fra la data di prescrizione e la data di contatto/prenotazione.

6.3 Preliste

Le Preliste di cui al precedente paragrafo 3.1.5 costituiscono uno strumento di eccezionalità che deve essere introdotto qualora ci siano criticità nei tempi d'attesa, ad

esempio a causa della saturazione delle agende. Un costante e sistematico monitoraggio delle Preliste dovrebbe garantire un supporto all'analisi reale del fabbisogno, un efficientamento della produzione ordinaria e una conseguente riduzione o dismissione delle stesse. Il monitoraggio delle Preliste partirà dai seguenti ambiti:

- effettiva apertura delle Preliste per le prestazioni critiche per i tempi di attesa;
- quantificazione dei pazienti e del numero di prestazioni inseriti in ciascuna Prelista, con particolare attenzione alla verifica dello scorrimento in coerenza alle classi di priorità delle prestazioni.

6.4 Piani Straordinari di produzione

I Piani Straordinari di produzione di cui al paragrafo 3.2.1 saranno oggetto di specifico e periodico monitoraggio per evidenziare e controllare la realizzazione degli stessi nonché l'impatto che producono, con particolare riferimento a:

- incremento nella disponibilità di prestazioni di prime visite e controlli coerente con i contenuti dei Piani Straordinari di produzione;
- incremento della produzione di prime visite e controlli coerenti con i contenuti dei Piani Straordinari di produzione;
- garanzia dei tempi di attesa dei primi accessi ad almeno il 90% delle prestazioni prenotate nel sistema CUP;
- utilizzo delle risorse specificatamente attribuite nei limiti delle assegnazioni definite dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare.

6.5 Disponibilità di visite da parte del Privato Accreditato

Nello svolgimento della propria funzione di committenza per il territorio di riferimento, le Aziende USL, nel caso decidano di avvalersi delle possibilità descritte nel paragrafo 3.2.4, dovranno attivare un appropriato monitoraggio periodico per i privati accreditati in modo da verificare per singola struttura:

- l'aumento di messa in disponibilità di visite, rispetto a quanto effettivamente erogato nel 2023, coerente con i contenuti dei Piani Straordinari di produzione e declinato negli accordi contrattuali di fornitura;

- Il riscontro dell'effettiva presenza di disponibilità di visite nelle agende presenti nel sistema CUP da parte delle strutture private accreditate, sulla base dei volumi concordati con le Aziende sanitarie mediante gli stessi accordi.

7. Valutazione degli obiettivi

Gli obiettivi definiti nei capitoli 3 e 4 hanno una rilevanza strategica per il Sistema Sanitario Regionale e pertanto alcuni di questi saranno considerati fra gli elementi da prendere in esame per la valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, con particolare riguardo a:

1. garanzia della continuità prenotativa del Sistema CUP e agende aperte;
2. rispetto dei contenuti del Piano Straordinario di produzione;
3. garanzia dei Tempi di Attesa entro gli standard;
4. garanzia della Presa in Carico da parte dei professionisti per gli approfondimenti diagnostici e i controlli periodici nei casi di necessità (ad esempio pazienti cronici e malattie rare, etc).