

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Oggetto: DAR 6087 - Schema di Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 - parere favorevole condizionato

Gentilissimi/e

in riferimento al documento, recante lo Schema di Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 e i relativi allegati A, B, D, E, F, G, H, I, L e ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107 per l'Allegato C" (DAR 6087), si comunica che **la Commissione Salute, nella seduta del 26 novembre u.s. - preso atto della posizione rappresentata dal Coordinamento tecnico e, in particolare, delle Aree tecniche Assistenza Ospedaliera e Territoriale – ha espresso parere favorevole subordinato all'accoglimento delle condizioni, di seguito riportate:**

- 1. Partecipazione delle Regioni e Province autonome.** Con l'approvazione e l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2025-2027 decade l'operatività dell'Osservatorio Nazionale delle Liste d'Attesa, che vede coinvolte tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, deputato ad affiancare queste ultime nell'implementazione del Piano stesso e a monitorare l'andamento degli interventi da esso previsti. **Si ritiene, pertanto, necessario prevedere un luogo istituzionale di gestione condivisa tra Ministero, Regioni e Province autonome, sui temi inerenti ai contenuti del Piano, configurabile quale comitato di coordinamento per il monitoraggio e il controllo dell'attuazione del PNGLA 2025-2027.**

2. **Risorse economiche.** Si osserva che non sono state previste delle nuove risorse economiche e ciò rappresenta una criticità importante. Si evidenzia che il riferimento alle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, della legge n. 213/2023 (legge di bilancio 2024) non è corretto, in quanto non confermate per l'anno 2025. **Al fine di poter far fronte ai maggiori costi per il contenimento delle liste di attesa, oltre che per l'aumento di produzione, sono evidentemente necessarie risorse aggiuntive per determinati servizi** (es. formazione adeguata del personale per quanto concerne il tema dell'appropriatezza; efficientamento dei sistemi, piano di comunicazione; adeguamento flussi informativi).
3. **Appropriatezza.** Si ritiene che tale aspetto sia di prioritaria importanza in merito al contenimento delle liste d'attesa e, pertanto, bisogna prevedere azioni più stringenti, sia *ex ante* (quali le condizioni di erogabilità) sia *ex post* (strumenti disincentivanti), ulteriori e aggiornate rispetto a quelle già espresse dall'Istituto Superiore di Sanità.
4. **Aggiornamento annuale dei Piani regionali.** Si ritiene che l'aggiornamento dei Piani regionali debba seguire coerentemente la tempistica prevista per il Piano nazionale, mentre l'aggiornamento annuale potrebbe riguardare eventualmente i piani di produzione.
5. Si propone l'avvio in tempi celeri dei tavoli tecnici sugli aspetti attualmente in fase di definizione (es. chirurgia ambulatoriale, flusso di ricovero chirurgico) al fine di poter dare attuazione a quanto previsto dal PNGLA.

Alla luce di quanto sopra riportato, devono essere ribadite le proposte di modifica e integrazione già rappresentate dallo scrivente Coordinamento tecnico, di cui al documento che si trasmette in allegato alla presente.

Cordiali saluti



Il Coordinamento tecnico
della Commissione Salute
Regione Emilia-Romagna

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2025-2027

SOMMARIO

Premessa al PNGLA 2025-27	3
1. Introduzione.....	4
SEZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	5
2. Linee di intervento per il governo della domanda	5
2.1 Analisi del fabbisogno	7
2.2 La prescrizione e la classe di priorità	10
2.3 Appropriatezza prescrittiva.....	12
2.4 Appropriatezza della classe di priorità: il metodo RAO	13
3. La Piattaforma nazionale delle liste di attesa (PNLA).....	14
4. Linee di intervento per il Governo dell'offerta	15
4.1 Gli ambiti di garanzia	16
4.2 Il percorso di tutela e i suoi strumenti	17
4.2.1 <i>Strumenti di supporto ai percorsi di tutela</i>	17
4.3 Telemedicina	18
4.4 Gli attori nella rete degli erogatori al livello territoriale	19
4.5 Modelli organizzativi di presa in carico ambulatoriale e piani personalizzati di assistenza: il day-service.....	21
4.6 Il centro Unico di prenotazione (CUP)	23
SEZIONE RICOVERI.....	25
5. Linee di intervento per il governo della domanda	25
5.1 Inserimento in lista di attesa.....	26
5.2 Attribuzione classe di priorità di attesa e introduzione al modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO ricoveri).....	27
6. Linee di intervento per il Governo dell'offerta	28

6.1	Tempo massimo di attesa, qualità dell'assistenza e percorsi di tutela.....	28
6.1.1	Percorsi di tutela e tempo massimo di attesa.....	28
6.1.2	Percorsi di tutela e qualità dell'assistenza ospedaliera.....	29
6.2	Diritto di informazione del paziente.....	30
6.3	Gestione e tenuta della lista d'attesa per ricoveri programmati.....	31
6.3.1	Convocazione al ricovero: scelta della data, gestione del rifiuto e corretta manutenzione della lista	31
6.3.2	Ricovero del paziente	31
SEZIONE PIANI REGIONALI DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA		33
SEZIONE MONITORAGGI.....		37
7.	Le Prestazioni ambulatoriali e le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio	37
7.1	Il monitoraggio ex ante delle prestazioni della specialistica ambulatoriale (prenotate in Attività istituzionale e in ALPI)	37
7.2	Il monitoraggio delle prescrizioni.....	39
7.3	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP	40
7.4	Il monitoraggio ex ante delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale.....	40
7.5	Il monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale	41
SEZIONE COMUNICAZIONE.....		42
8.	Piano di comunicazione al cittadino ed il ruolo delle associazioni dei pazienti	42
8.1	Il Monitoraggio dei siti web	42
ARMONIZZAZIONE CON I SISTEMI DI GOVERNANCE NAZIONALE.....		43
9.	Il PNGLA e il sistema nazionale di garanzia.....	43
9.1	Piano nazionale liste d'attesa 2025-2027 ed emergenze.....	44
SEZIONE ALLEGATI		48

Allegati rimasti

A “Approccio metodologico per la stima del fabbisogno di prestazioni”

B “Strumenti di supporto alla prescrizione”

C “Linee di indirizzo omogenee a livello nazionale sistemi CUP”

D “Approccio metodologico al modello RAO per i ricoveri programmati”

E “Linee di indirizzo requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa sui siti web di regioni, province autonome e aziende sanitarie”

F “Glossario tecnico in materia di liste di attesa”

G “Glossario per il cittadino in materia di liste di attesa”

H “Prestazioni oggetto di monitoraggio”.

PREMESSA AL PNGLA 2025-27

Con l'approvazione e l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2025-2027 decade la validità amministrativa del precedente PNGLA 2019-2021 e il sistema di regole in esso contenuto, ivi inclusa l'operatività dell'Osservatorio Nazionale delle Liste d'Attesa¹, deputato ad affiancare Regioni e Province Autonome nell'implementazione del Piano stesso e a monitorare l'andamento degli interventi da esso previsti.

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

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

Il tavolo tecnico deputato alla elaborazione e alla operatività del PNGLA 2025-2027 ha scelto di identificare quali assi di riferimento per la redazione del documento:

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

Sui medesimi assi tematici è elaborato il PNGLA 2025-2027.

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

Gli allegati al presente Piano, allegati A, B, C, D, E, F, G e H sono parte integrante del PNGLA 2025-2027.

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

1. INTRODUZIONE

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

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

Con il PNGLA 2025-2027 vengono introdotte linee di attività specifiche e innovative per:

- ~~il governo della domanda, con particolare riferimento all’analisi del fabbisogno e all’utilizzo di linee guida e buone pratiche come driver di appropriatezza prescrittiva. In tale ambito, sono introdotti strumenti innovativi capaci di intercettare il fabbisogno di prestazioni sanitarie sia in funzione della domanda (bisogno espresso), attraverso l’analisi delle prestazioni prescritte anche se non erogate e altri elementi informativi che possono essere utilizzati quali proxy (ricorso all’ALPI, ricorso al privato, accessi evitabili al sistema di emergenza), sia in funzione del bisogno inespresso, utilizzando gli strumenti della medicina di popolazione, della sanità di iniziativa, della stratificazione della popolazione per profili di rischio, e dei progetti di salute, introdotti nel SSN con la riforma dell’assistenza territoriale del 2022.~~
- con specifico riferimento agli strumenti di appropriatezza prescrittiva, il PNGLA 2025-2027 valorizza il ruolo centrale delle buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida di cui all’articolo 5, comma 1, della legge n. 24/2017 per orientare i prescrittori verso strategie di sostenibilità e qualità del sistema nonché per l’aggiornamento dei criteri di appropriatezza dell’attesa, contenuti nel Manuale RAO **e nei protocolli definiti a livello regionale**;
- un nuovo paradigma del sistema di offerta, centrato su:
 - nuovi strumenti di programmazione dialetticamente collegati all’analisi della domanda;
 - nuovi attori del sistema di erogazione e di progettazione dell’assistenza e della presa in carico (quelli definiti nel DM n. 77/2022, la farmacia dei servizi, ecc.);
 - nuovi strumenti di garanzia e tutela: ambiti territoriali di garanzia, integrazione con il privato accreditato, liste di tutela, ecc;
 - nuove modalità erogative di assistenza: prestazioni a distanza sia come modello di offerta di cura (*televisita, telemonitoraggio*) che per l’appropriatezza prescrittiva (*teleconsulto*);
 - una nuova e più evoluta gestione delle liste d’attesa per ricoveri programmati che, oltre ad assicurare il massimo livello di correttezza e trasparenza nella presa in carico e nella gestione dello scorrimento della lista, promuove il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per l’attesa chirurgica e delinea specifici bacini di utenza/ambiti di garanzia sia per garantire tempi di attesa più brevi a pari condizioni di efficacia e sicurezza per il cittadino e per gli operatori sia per massimizzare gli *outcomes* clinici secondo il paradigma volumi/esiti di cui al DM n. 70/2015;
 - nuovi modelli e sistemi di verifica dei tempi e delle liste d’attesa, attraverso la Piattaforma Nazionale delle Liste d’Attesa e le connesse piattaforme regionali, i monitoraggi ex-ante, l’analisi delle prescrizioni da Sistema Tesserata Sanitaria e nuovi sistemi di controllo sulle agende di erogazione e sulla corretta integrazione tra sistema pubblico e privato accreditato;
 - una nuova attenzione agli aspetti di comunicazione, accountability, trasparenza e fruibilità, attraverso l’elaborazione di un glossario di riferimento utile a sviluppare e sostenere l’empowerment dell’utenza e la predisposizione di un sistema di comunicazione studiato per essere efficace, diffusivo, coerente con i contenuti del Piano e dei diritti del cittadino; il rafforzamento del sistema di raccolta e gestione delle segnalazioni provenienti dagli utenti del SSN relative a disservizi, criticità di accesso alle prenotazioni e alle prestazioni, tempi di attesa non coerenti con i bisogni di cura.

SEZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE

2. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA

I principi fondamentali per il governo della domanda del PNGLA 2025-2027 si fondano sulla costruzione di un sistema di analisi e controllo relativo a ciascun episodio del percorso di cura del cittadino e ai sotto-processi che collegano gli episodi.

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

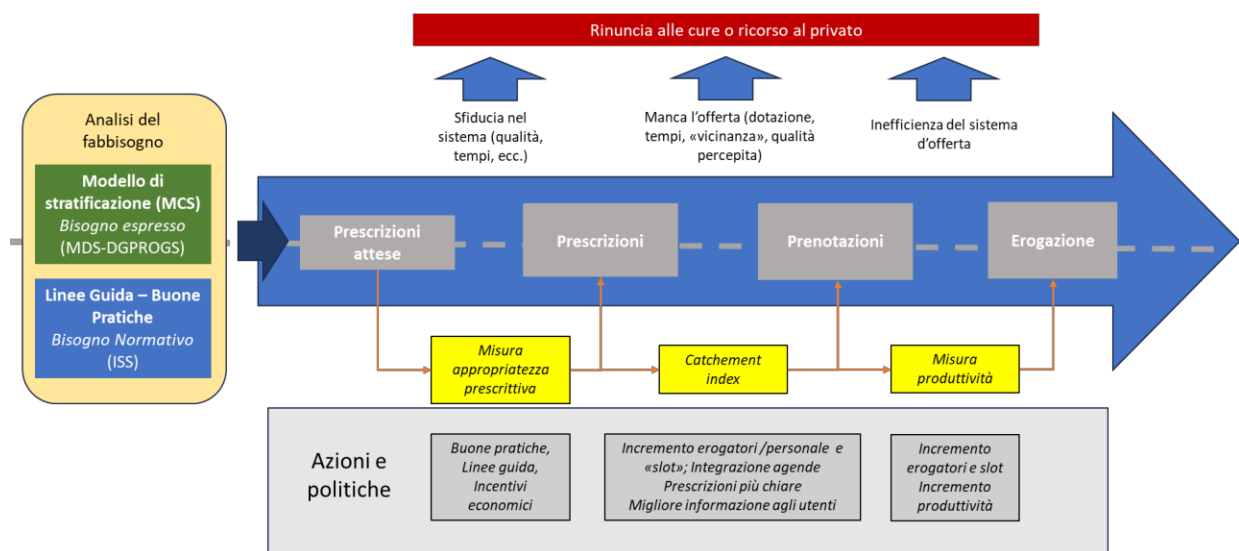


Figura 2. Percorso di governo della domanda

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

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

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

Obiettivo del PNGLA 2025-2027 è quello di rendere i sistemi di governance maggiormente in grado di intercettare, analizzare e quindi contrastare le situazioni di “divergenza” sopra descritte per cui, rispetto ai reali bisogni di salute, l’offerta risulta a volte eccessiva (*overuse*) e a volte carente (*underuse*) con conseguenti diseguaglianze dovute a fenomeni diversi (bisogno inespresso o potenziale, inappropriata prescrizione) che devono essere tutti considerati nel governo della domanda.

A tal fine il Piano tenta, in prima battuta, di superare la logica tradizionale che fonda la stima del fabbisogno atteso di prestazioni sull’analisi storica dei soli consumi introducendo il tema del rapporto con il bisogno di salute e della necessità di una misura il più possibile “corretta” di bisogno reale³, e della sua evoluzione nel tempo, secondo un approccio di popolazione.

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

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

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

² Nell’ambito del sistema di monitoraggio dei LEA di cui al DM 12 marzo 2019 “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, il fenomeno della rinuncia alle cure viene monitorato a livello regionale attraverso l’indicatore (no core) di equità di accesso alle cure, in corso di revisione e aggiornamento, EO01 “Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell’offerta dei servizi e/o per ragioni economiche”: Percentuale di popolazione che dichiara di aver rinunciato ad una prestazione sanitaria, ovvero ad una visita medica specialistica (esclusa visita odontoiatrica) o ad accertamenti specialistici negli ultimi 12 mesi, per motivi economici o legati all’offerta (tempi d’attesa o difficoltà a raggiungere la struttura), di fonte Istat - Indagine “Aspetti della vita quotidiana”.

³ Una definizione e concettualizzazione universalmente accettabile di bisogno di salute che non si limiti alla domanda, ovvero ciò che viene chiesto, dovrebbe riconoscere la responsabilità del sistema salute nei confronti dell’intera popolazione ovvero non solo verso il cosiddetto “iceberg clinico” (ciò che viene visto dai professionisti sanitari), ma ricomprendendo anche le esigenze di quanti non si rivolgono al servizio sanitario, inclusi coloro che sono a rischio di problemi di salute, hanno fasi iniziali della malattia o hanno scelto di non cercare cure e consigli. In questa accezione ampia, il bisogno dovrebbe essere il più possibile declinato (in termini di malattie, gruppi prioritari, aree geografiche, ...) secondo un approccio basato sul ciclo di vita (Cfr. *Health Needs Assessment*. Stephen Gillam and Padmanabhan Badrinath, In University of Birmingham. *Health Care Needs Assessment* (HCNA) ovvero orientato ad una risposta al bisogno che sia finalizzata a garantire salute e qualità di vita in ciascuna fase dell’esistenza fin dai primi 1000 giorni.

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

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

Nel paragrafo 2.1 viene brevemente delineato l’approccio che il Piano intende adottare per la stima del fabbisogno di prestazioni in relazione alla misura e analisi del bisogno di salute secondo l’impostazione del progetto di cui al sub-investimento PNRR rimandando all’ALLEGATO A per l’illustrazione teorica e applicativa degli aspetti di metodo.

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

2.1 ANALISI DEL FABBISOGNO

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

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

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

In coerenza con questa esigenza, il MNCS di cui al paragrafo 2 mira, in particolare, a tradurre in concreto le indicazioni del DM 77/22, attraverso la definizione teorica e la sperimentazione pratica (mediante “algoritmo” implementato su dati) di un modello utilizzabile per identificare gruppi di popolazione omogenei in relazione alla tipologia e all’intensità del bisogno socioassistenziale, cui possano corrispondere modalità di cura e presa in carico a loro volta differenziate, a livello macro e individuale come esemplificato nella stratificazione a 6 livelli di bisogno (da persona in salute a persona in fase terminale) indicata dal decreto di cui sopra (Tabella 2 dell’ALLEGATO A al decreto⁴).

Il MNCS è stato costruito con un solido background ovvero in continuità con quanto realizzato nell’ambito della progettualità precedente al PNRR (cosiddetto Modello Predittivo 2.0 sviluppato nel contesto del PONGOV 2014-2020⁵ e prodromico alla classificazione della popolazione affetta da patologie croniche), ma con un obiettivo di revisione e aggiornamento che integrasse l’approccio originario, esclusivamente clinico, con una visione di sanità pubblica, di programmazione strategica e di coerenza con il quadro normativo vigente⁶ e che si caratterizzasse come processo di consolidamento e miglioramento in continuo della metodologia.

In questa ottica, il MNCS ha esteso l’iniziale classificazione della popolazione per patologie (non solo croniche), facendola confluire in una stratificazione guidata da una combinazione di variabili driver e descrittive⁷ che ampliano il concetto di bisogno oltre alla patologia e lo associano ad una misura di impatto

⁴ Per ciascun livello di bisogno, la matrice del DM 77/22 esemplifica: la condizione clinica/sociale (che include anche fragilità, non autosufficienza, disabilità, determinanti sociali), il grado di intensità/complessità assistenziale, la tipologia di azione di presa in carico derivante.

⁵ “Contributo alla strategia dell’Unione Europea per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva e al raggiungimento della coesione economica, sociale e territoriale - Asse 1 Sviluppo della capacità amministrativa e istituzionale per la modernizzazione della PA”

⁶ La revisione è stata in particolare contestualizzata rispetto a: DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” (di seguito DPCM LEA), in modo che il nuovo modello comprendesse tutte le condizioni di cui all’elenco di “Malattie e condizioni croniche e invalidanti” e relativi “Pacchetti prestazionali Nuovo nomenclatore” e di “Malattie rare esentate dalla partecipazione al costo” di cui agli Allegati 8 e 7 rispettivamente del medesimo DPCM nonché le patologie recentemente proposte per l’aggiornamento del DPCM stesso; letteratura pubblicata su riviste peer-reviewed relativa ai criteri di classificazione per patologia utilizzati nel contesto italiano e letteratura grigia (delibere e determinazioni regionali, pubblicazioni divulgative, libri a contenuto scientifico e informazioni reperite nel World Wide Web). Nell’ambito di quest’ultima, sono stati selezionati come riferimenti contenutistici e metodologici principali per definire l’impianto del modello:

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

⁷ Le variabili ad oggi utilizzate sono rappresentate da: misura della morbidità e multimorbidità; misura della complessità clinico assistenziale (score derivati da indici di comorbidità, quali *Multisource Comorbidity Score*, documentati in letteratura quali buoni predittori di esiti primari e

di salute e di sistema, in termini quindi sia di outcome sia di assorbimento di risorse. Per coerenza con il mandato programmatico, i gruppi omogenei di individui ottenuti dalla suddetta stratificazione sono stati “riconciliati” con la matrice di bisogno prevista dal DM77/22 producendo una prima quantificazione, su dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), dei 6 livelli proposti dal provvedimento, ricostruiti secondo l’impianto teorico ipotizzato e riferiti al complesso della popolazione nazionale⁸. I 6 strati sono stati altresì ulteriormente esplorati per descriverne le caratteristiche legate a dimensioni proxy di fragilità clinica e sociale oltre che al consumo di servizi e prestazioni e costi totali associati.

Con riferimento più specificatamente agli obiettivi del presente PNGLA, in quanto finalizzato alla definizione e sperimentazione di una metodologia e di uno strumento operativo di misura del bisogno di salute, il MNCS può, con gli opportuni aggiustamenti, fornire un contributo rilevante alla metodologia di stima e previsione del fabbisogno di prestazioni esclusivamente derivata da valori storicizzati di quelle erogate⁹, attraverso il valore aggiunto dell’informazione su prevalenza di patologia e livello di bisogno di salute con il duplice scopo di: analizzare “le uscite dal sistema” di cui alla Figura 2 in relazione ad un parametro ulteriore (rappresentato appunto dal livello di bisogno di salute); definire uno standard di fabbisogno di prestazioni “pesato” per il medesimo parametro.

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

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

⁸ Per i dettagli della metodologia e dei primi risultati della sua applicazione si rimanda all’ALLEGATO A.

⁹ A partire dal Modello di stima del Fabbisogno messo a punto da Agenas ed in grado di fornire analisi tra le Regioni per tipologia di prestazione, già testato in alcuni contesti regionali.

livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del SSN, per lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione¹⁰.

La disponibilità del dato, interconnesso, sulle prescrizioni ottenuto da flusso informativo Tessera sanitaria-TS, già parte integrante di NSIS in attuazione del comma 10 dell'articolo 50 della Legge 326/2003, rappresenta un altro passo avanti nel percorso metodologico per la possibilità di analizzare il bisogno in relazione alle prestazioni prescritte e non solo alla quota parte rappresentate da quelle erogate¹¹. Ciò premesso, un elemento di innovazione realmente significativo nella messa a punto della metodologia è rappresentato dallo studio approfondito del quesito diagnostico, come anche trattato in altre sezioni del PNGLA 2025-2027, nonché dalla disponibilità dell'informazione standardizzata sul medesimo la cui rilevanza interessa peraltro non soltanto la stima dei fabbisogni assistenziali, ma anche lo studio dell'appropriatezza della domanda. Si ritiene pertanto che una priorità nazionale sia quella di definire un sistema di codifica e di classificazione dei quesiti diagnostici, univoco a livello nazionale, clinicamente pertinente, nonché obbligatorio e vincolante per tutti i prescrittori¹².

Allo stato attuale, inoltre, il MNCS si colloca nell'orizzonte temporale e nel percorso evolutivo di sviluppo previsto dal progetto PNRR fino a giugno 2026, pertanto è da considerarsi in progress la sua ricaduta (in termini di definizione e applicazione della metodologia di stima del fabbisogno di prestazioni illustrata in ALLEGATO A che verrà quindi aggiornato e integrato) per gli ambiti di cui al presente Piano ovvero in risposta a quanto disposto da Articolo 1 comma 4 del decreto legge 73/2024, convertito con modificazioni dalla legge 107/2024 con le modalità attuative di cui al decreto ministeriale 29 ottobre 2024.

2.2 LA PRESCRIZIONE E LA CLASSE DI PRIORITÀ

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

¹⁰ Dal momento che l'infrastruttura tecnologica sottostante i due ambiti è la medesima, atteso che il contesto tecnico/organizzativo nel quale essa si va a collocare è presso il Ministero della salute, l'iter in corso prevede la fusione dei due decreti in un unico provvedimento che disciplina il trattamento dei suddetti dati in coerenza con entrambe le previsioni normative e realizza la cosiddetta "Interconnessione estesa", ampliando ambiti e finalità del decreto ministeriale 7 dicembre 2016, n. 262.

¹¹ Con il presente PNGLA, e in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1 comma 2 del DL 73/2024, saranno utilizzati i dati del flusso informativo «Tessera Sanitaria-TS» di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n.269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326 resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo le modalità da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 del medesimo articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta del Servizio sanitario nazionale (SSN) dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730), nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai centri unici di prenotazione (CUP) regionali.

¹² Presso AGENAS verrà istituito, entro 60 giorni dall'approvazione del PNGLA, il Tavolo Permanente dei RAO (che si avvarrà anche di un gruppo di studio già attivo sul tema) che si occuperà anche di coordinare l'attività di definizione dei quesiti diagnostici ai sensi dello standard adottato dal Ministero della salute, con la prospettiva di utilizzare tale sistema univocamente a livello nazionale, integrandolo nei flussi riguardanti la specialistica ambulatoriale.

Inoltre, l'attività si integra con quella del progetto avviato dalla ex Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute volto all'aggiornamento delle classificazioni utilizzate per la codifica delle informazioni sanitarie nei flussi NSIS, che prevede l'adozione di ICD-10 modifica clinica per la codifica delle diagnosi e l'evoluzione dell'attuale standard di codifica delle procedure/interventi chirurgici da ICD-9-CM verso una classificazione italiana (cd. CIPI), armonizzata con il nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali. L'uniformità degli standard di codifica in tutti i flussi informativi NSIS consentirà una maggiore interoperabilità e confrontabilità dei dati provenienti dai diversi flussi, sia per le informazioni sulle diagnosi sia per le procedure.

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

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

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

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

A tal fine, i Piani Regionali devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura e specifiche misure di controllo a garanzia che le stesse siano prenotate ed erogate nei tempi previsti dallo specialista¹³.

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

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

- U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata) da eseguire entro 120 giorni

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

Di seguito le definizioni delle classi di priorità:

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

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

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

¹³ Nei casi in cui si scelga di utilizzare a tale scopo l'indicazione della classe di priorità, le prestazioni contrassegnate da tipo accesso "0" (accesso successivo) non sono oggetto di valutazioni della garanzia dei tempi di attesa.

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

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

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

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

Ok tolta frase su appropriatezza prescrittiva e cup

2.3 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

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

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

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

In tale ottica e al fine di superare l'utilizzo del mero dato di produzione storica per finalità di programmazione dell'offerta, il PNGLA 2025-2027 introduce l'appropriatezza prescrittiva come *driver* di sostenibilità e come riferimento scientificamente supportato per i prescrittori, utilizzando le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come disciplinate dalla Legge n.24/2017, all'articolo 5 comma 1, e fermo restando quanto disciplinato dal ~~Decreto 9 dicembre 2015~~ in materia di *Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale*.

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

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

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

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

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

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

- criticità in termini di garanzia dei tempi massimi di attesa, così come misurati dal flusso di monitoraggio ex ante. Con la messa a regime del nuovo flusso ex-ante potrà essere periodicamente aggiornato l'elenco delle suddette prestazioni critiche.
- alti volumi di erogazione
- eccessivo ricorso all'ALPI. ~~A tendere, quando disponibili i dati, eccessivo ricorso al privato puro.~~
- ~~esistenza di evidenze su appropriatezza prescrittiva da Linee guida nazionali, PDTA~~

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

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

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

2.4 APPROPRIATEZZA DELLA CLASSE DI PRIORITÀ: IL METODO RAO

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

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

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

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

Presso AGENAS è istituito, entro 60 giorni dall'approvazione del PNGLA, il Tavolo Permanente dei RAO coordinato da AGENAS e composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni/PA e delle Associazioni dei cittadini.

Ok accolta eliminazione frase

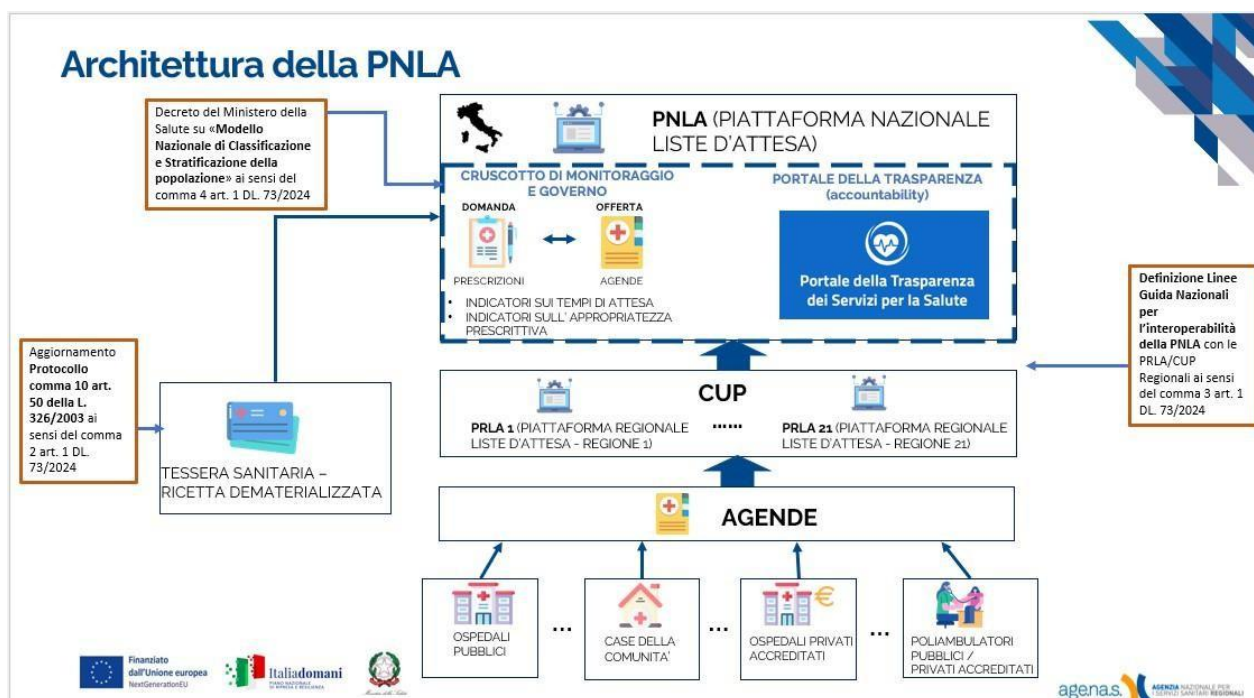
3. LA PIATTAFORMA NAZIONALE DELLE LISTE DI ATTESA (PNLA)

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

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

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

~~L'interoperabilità Nazionale dei sistemi PRLA/CUP regionali potrà rappresentare il percorso verso l'ottimizzazione delle liste d'attesa ed inoltre costituirà una base informativa oggettiva e trasparente attraverso la quale i cittadini possano essere informati sulla reale disponibilità delle prestazioni e dei relativi tempi di attesa.~~



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

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

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

4. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Compongono il sistema di offerta pubblico gli ambulatori delle Aziende sanitarie, delle Aziende Ospedaliere anche universitarie, gli ambulatori degli erogatori privati accreditati e quelli facenti capo agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) nonché il complesso delle strutture territoriali di cui al DM n. 77/2022 come specificati al paragrafo 4.4 del presente documento. ~~Ai sensi dell'articolo 3, commi 10 e 10 bis, del decreto legge n. 73/2024, si considerano rientranti nell'offerta del SSN, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge e sulla base della tariffa nazionale vigente n. 213/2023, le prestazioni rese in regime libero professionale intramuraria, oltre alle prestazioni rese con attività aggiuntiva e dal privato accreditato, sempre sulla base delle tariffe nazionali vigenti.~~

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

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

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

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

4.1 GLI AMBITI DI GARANZIA

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

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

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

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

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

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

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

4.2 IL PERCORSO DI TUTELA E I SUOI STRUMENTI

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

Per il cittadino è esigibile il diritto di avere la prestazione nei tempi massimi e l'Azienda sanitaria di appartenenza del paziente è tenuta a garantire tale diritto attivando i percorsi di tutela senza che la ricerca di soluzioni alternative debba ricadere sul cittadino.

~~Ai sensi dell'articolo 3, commi 10 e 10 bis, del decreto legge n. 73/2024, i percorsi di tutela da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge n. 213/2023, e sulla base delle tariffe nazionali vigenti comprendono:~~

- a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213 e dei vincoli nazionali in materia di tetto di spesa verso erogatori privati accreditati;
- b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;
- c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipe interessate;
- d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213.

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

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

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

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

4.2.1 STRUMENTI DI SUPPORTO AI PERCORSI DI TUTELA

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

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

In ogni caso, è obbligatorio registrare la richiesta al momento del primo contatto e provvedere a richiamare il cittadino entro e non oltre un periodo di tempo definito che corrisponde a massimo 5 giorni per le priorità B, massimo 10 giorni per le visite di tipo D e fino a 15 giorni per le diagnostiche di tipo D, e massimo 20 giorni per le priorità P per la proposta di appuntamento. Non possono essere attivate le preliste per le classi di priorità U.

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

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

4.3 TELEMEDICINA

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

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

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

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

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

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

In merito all'appropriatezza prescrittiva, il ricorso al **Teleconsulto** riveste un ruolo di primaria importanza considerato che, da un lato, offre l'opportunità di sviluppare l'interazione tra medici, permettendo di migliorare le scelte diagnostiche e terapeutiche e rendendo più efficienti ed efficaci i percorsi di cura, dall'altro garantisce un appropriato accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Le Regioni devono incentivare l'utilizzo del teleconsulto in particolare per le prestazioni che possono risultare particolarmente critiche. ~~Nell'ambito del servizio di teleconsulto, è prevista anche la **Teleconsulenza medico-sanitaria**, per la quale si intende invece un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico.~~

4.4 GLI ATTORI NELLA RETE DEGLI EROGATORI AL LIVELLO TERRITORIALE

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

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

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

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

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

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

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

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

- punto prelievi;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il modello di Day Service si caratterizza per:

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

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

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

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

A. Accesso

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

B. Presa in carico e attivazione del Day Service

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

Se lo specialista ritiene appropriato avviare il percorso di DS richiede le prestazioni indicando nella prescrizione come tipologia “accesso successivo”.¹⁴

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

4.6 IL CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE (CUP)

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

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

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

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

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

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

¹⁴ Campania DGRC 102/2009, Emilia-Romagna DGR 1803/2009, Friuli-Venezia Giulia DGR 600/2017, Liguria DGR 754/2010, Lombardia DGR XI/3522/2020 e DGR N° VIII/1084/2009, Molise DCA n.35/2014 e 18/2015, PA di Bolzano DGP 2134/2020, Puglia DGP 1202/2014, Toscana DGR 469/2021, Umbria DGR 610 del 06/05/2019, Veneto DGR 1079/2007, DGR 2812/2007, DDR 61/2012, DDR 29/2027, DDR 52/2017.

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

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

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

SEZIONE RICOVERI

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

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

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

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

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

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

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

In tale ottica, è necessario:

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

5. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA

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

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

- Intervento Monitorato
- Classe di Priorità

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

5.1 INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELLA 1 - CLASSI DI PRIORITÀ PER RICOVERI PROGRAMMATI

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

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

La classe di priorità è assegnata valutando:

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

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

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

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

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

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

6. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA

6.1 TEMPO MASSIMO DI ATTESA, QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E PERCORSI DI TUTELA

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

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

L'idonea collocazione è da parametrarsi sulla base di:

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

6.1.1 *PERCORSI DI TUTELA E TEMPO MASSIMO DI ATTESA*

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

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

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

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

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

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

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

6.1.2 PERCORSI DI TUTELA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

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

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

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

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

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

6.2 DIRITTO DI INFORMAZIONE DEL PAZIENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3.2 *RICOVERO DEL PAZIENTE*

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

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

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

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

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

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

SEZIONE PIANI REGIONALI DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

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

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

- *per l'organizzazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, Day service e PDTA:*
 - l'adozione di sistemi di analisi del fabbisogno di prestazioni assistenziali in linea con quanto disposto dal PNGLA e, ove applicabile, ai sensi della Legge concorrenza n. 118 del 5 agosto 2022;
 - ~~○ l'adozione del modello MNCS ai sensi del decreto 29/10/2024 di cui all'art. 1 comma 4 del DL 73/2024;~~
 - ~~○ l'adozione del modello di analisi e valutazione dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sanitarie in riferimento alle LLGG e BPCA di cui al PNGLA con particolare riferimento alle prestazioni e alle condizioni selezionate in base ai criteri di eleggibilità di cui al PNGLA medesimo;~~
 - un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro unico di prenotazione (CUP), a cui afferiscono gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati, al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, sulla base delle indicazioni riportate nelle linee di indirizzo nazionali sul sistema CUP;
 - l'implementazione dell'interoperabilità dei sistemi regionali con la PNLA secondo le specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali;
 - l'obbligo dell'uso sistematico, nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN:
 - a) dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
 - b) delle classi di priorità (per il primo accesso);
 - c) del quesito diagnostico;
 - che per le prestazioni con priorità U (entro 72 ore) siano previsti percorsi semplificati di accesso per garantire la prestazione entro il tempo previsto, in coerenza con i percorsi di appropriatezza definiti quali ad esempio il manuale RAO;
 - che la prescrizione di primo accesso che non riporti la classe di priorità e il quesito diagnostico sia da considerarsi non esigibile;
 - incentivare le Aziende:
 - a) a prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente,

O

-

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

I Piani regionali devono, inoltre, prevedere:

- le modalità e i cronoprogrammi per l'attuazione dei monitoraggi di cui al presente Piano
- strumenti previsionali ed attuativi utili a riprogrammare l'offerta di prestazioni elettive, ambulatoriali e di ricovero, nei casi in cui sia necessario mobilitare risorse assistenziali per affrontare emergenze catastrofiche di natura biologica e non biologica.
- governare le strategie di sospensione delle attività elettive di ricovero e ambulatoriali al fine di ridurre al minimo gli effetti negativi derivanti dal rinvio delle prestazioni.
- ~~forme di cooperazione istituzionale e di raccordo tra i referenti delle attività di governo delle liste d'attesa e coloro che si occupano a vari livelli della predisposizione dei piani di preparazione e risposta alle emergenze, quali, ad esempio, il Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico o il Piano di Emergenza Interna per il Massiccio Afflusso dei feriti.~~

SEZIONE MONITORAGGI

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

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

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

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

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

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

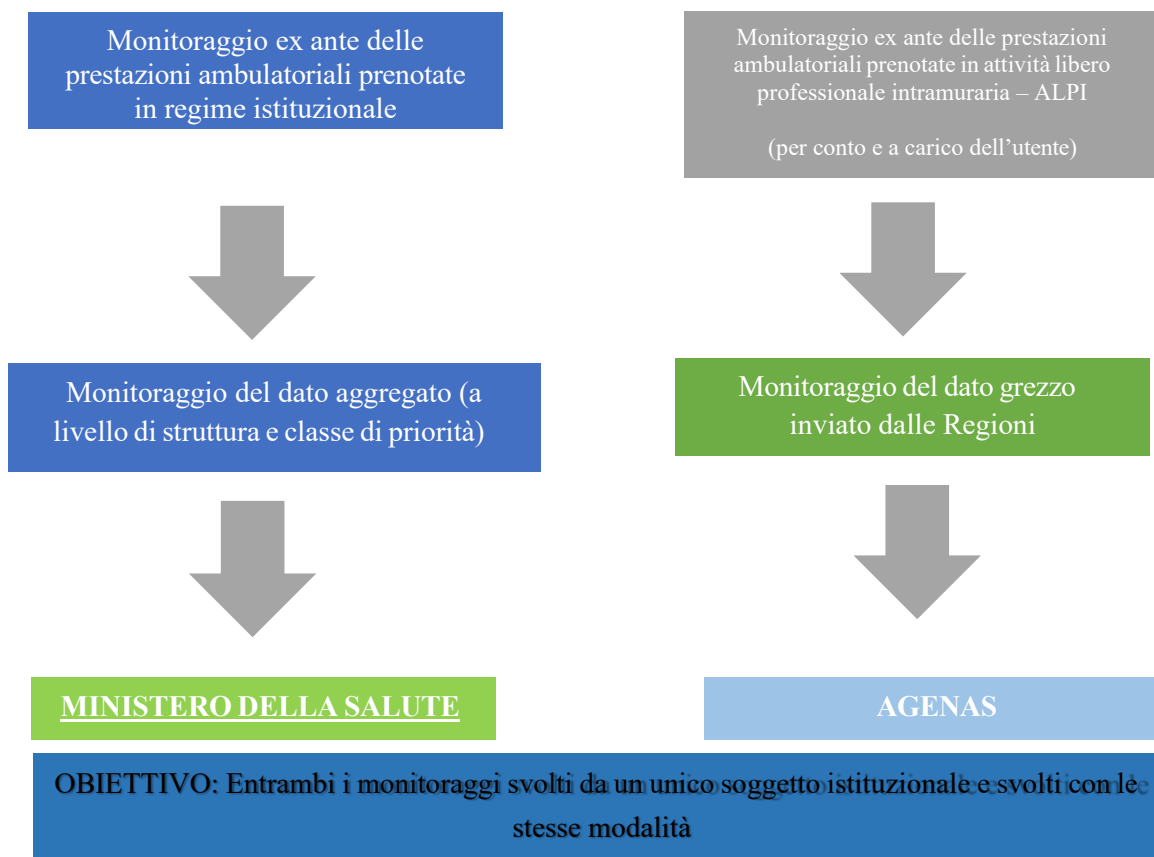


Figura 3. Modalità e obiettivi del monitoraggio secondo il mandato del PNGLA 2019-2021.

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

L'obiettivo di questo Piano è quello di unificare i due monitoraggi e le due modalità di rilevazione. Pertanto, AGENAS, a partire dal 2025, ~~avvierà~~ **ha avviato** il monitoraggio dei dati sulle liste di attesa con l'obiettivo di fornire una rappresentazione omogenea dei risultati ex ante relativi alle prestazioni prenotate in attività istituzionale e ALPI. **L'avvio definitivo del monitoraggio sarà preceduto da un periodo di sperimentazione non superiore inferiore a sei mesi.**

Oggetto del monitoraggio è la rilevazione delle prenotazioni relative ad aggregazioni di prestazioni ambulatoriali (~~19~~ visite specialistiche e ~~97~~ prestazioni di diagnostica strumentale).

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

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

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

Ai sensi dell'art.1 comma 5, lettera c), del decreto legge n.73/2024, la **verifica dei percorsi di tutela**, del livello di funzionamento da essi garantito e della reale condizione di tutela assicurata ai cittadini sono oggetto di monitoraggio da parte della PNLA.

Monitoraggio dei volumi

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

~~A tal fine AGENAS rileva, una volta l’anno, i volumi delle prestazioni erogate in ALPI e in attività istituzionale per singola struttura pubblica (Aziende sanitarie locali, Aziende Ospedaliere, Ospedali a gestione diretta, Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale, Aziende Ospedaliere integrate con l’Università, IRCCS pubblico, IRCCS fondazione, Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell’art. 1, ultimo comma, della Legge 132/1968, Ente di ricerca).~~

A tal fine AGENAS rileva, una volta l’anno, i volumi delle prestazioni ambulatoriali previste dal PNGLA 2025-2027 erogate in ALPI e in attività istituzionale per singola struttura pubblica (Aziende sanitarie locali, Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria, IRCCS pubblico) dell’anno precedente. I volumi per l’attività istituzionale devono essere inviati in maniera distinta per classe di priorità, devono comprendere sia i primi accessi che gli accessi successivi e le prestazioni erogate dai privati accreditati, non devono comprendere le prestazioni ambulatoriali erogate in PS non seguite da ricovero e le prestazioni di screening.

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

7.2 IL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI

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

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

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

Ritenuto che tale cruscotto di interrogazione dei dati delle prescrizioni possa fornire un significativo contributo informativo sia al livello centrale che regionale, si prevede che la rilevazione del processo di

prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prescrizioni diventi un monitoraggio sistematico.

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

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

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

A tendere

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

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

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

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

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

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

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

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

svolte in termini di domanda e offerta di salute per ricoveri chirurgici programmati.

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

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

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

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

7.5 IL MONITORAGGIO EX POST DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO

EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE

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

La lista delle procedure di ricovero sottoposte a monitoraggio è riportata nell' ALLEGATO H.2

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

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

Note per il calcolo:

1. Criteri di eleggibilità

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

2. Criteri di esclusione

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

SEZIONE COMUNICAZIONE

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

Il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2025-2027 (PNGLA 2025-2027) ha previsto una revisione del Glossario in materia di liste di attesa sia rivolto agli operatori sanitari che ai cittadini.

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

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

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

La promozione e divulgazione del PNGLA 2025-2027 deve essere effettuata tramite una efficace Campagna di Comunicazione", che tenga conto da una parte del target da raggiungere (operatore sanitario e cittadino), e dall'altra parte degli strumenti tecnologici e di informazione che oggi sono più comunemente utilizzati.

Pertanto, il Piano di Comunicazione deve prevedere:

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

8.1 IL MONITORAGGIO DEI SITI WEB

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

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

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

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

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

ARMONIZZAZIONE CON I SISTEMI DI GOVERNANCE NAZIONALE

9. IL PNGLA E IL SISTEMA NAZIONALE DI GARANZIA

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

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

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

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

9.1 PIANO NAZIONALE LISTE D'ATTESA 2025-2027 ED EMERGENZE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rimodulazione delle attività

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

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

ATTIVITÀ AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN

NON PROCRASTINABILE: prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recupero delle prestazioni non erogate

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

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

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

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

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

SEZIONE ALLEGATI

Allegato A: Approccio metodologico per la stima del fabbisogno di prestazioni

Allegato B: Strumenti di supporto alla prescrizione

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

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

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

Allegato F: Glossario tecnico in materia di liste di attesa

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

Allegato H: Prestazioni oggetto di monitoraggio

ALLEGATO A

APPROCCIO METODOLOGICO PER LA STIMA DEL FABBISOGNO DI PRESTAZIONI

1. Obiettivi

La determinazione del fabbisogno di prestazioni costituisce un'attività propedeutica alla programmazione della rete assistenziale e della relativa offerta di prestazioni da parte degli erogatori pubblici e privati accreditati delle Regioni e Province Autonome, così come anche richiamato dall'articolo 8-quater, comma 1, decreto legislativo 502/1992 e dalla Legge concorrenza n. 118 del 5 agosto 2022¹

I modelli attualmente disponibili, eterogenei tra Regioni, si basano prevalentemente sulla sola analisi del consumo storico di prestazioni, con il rischio che la stima del fabbisogno da questi derivata possa «trascinare» nel tempo sia l'inadeguatezza dell'offerta rispetto alla domanda, sia l'inappropriatezza delle prestazioni erogate².

Obiettivo del presente Allegato è quello di definire un approccio metodologico per la determinazione del fabbisogno di prestazioni che sia in grado di "superare" quello tradizionale esclusivamente basato sul dato di consumo storico, valorizzando tutti gli elementi riconducibili ad una misura il più possibile vicina al concetto di bisogno vero di salute e utilizzando a tal fine il patrimonio di dati, metodi e strumenti già disponibili o in fase di definizione e sviluppo a livello centrale e regionale, con particolare riferimento al contributo che in questa direzione può essere fornito dal Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione (MNCS) in corso di sviluppo nell'ambito del progetto in attuazione del sub-investimento 1.3.2.3.1 del PNRR M6C2 "Modello di simulazione e previsione per scenari a medio e lungo termine nel SSN - concettualizzazione del modello, sviluppo dell'algoritmo e governance del progetto", a titolarità della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e con scadenza a giugno 2026.

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

² Una considerazione riguarda la questione dell'appropriatezza prescrittiva, in relazione alla quale occorre sottolineare che la materia è chiaramente regolamentata dal Legislatore. In tal senso, si evidenzia che è tutt'ora vigente il Decreto del Ministro della Salute 9 dicembre 2015, recante "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" (GU del 20 gennaio 2016, n. 15 – Serie Generale). Ulteriormente, l'articolo 15 (Assistenza specialistica ambulatoriale) del DPCM 12 gennaio 2017 stabilisce, con il comma 2, che: "2) Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali modalità di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali note riferite a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva. L'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva è contenuto nell'allegato 4D." Il successivo articolo 16 (Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale) del DPCM 12 gennaio 2017 stabilisce: con il comma 1, che: "1) Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate note corrispondenti a specifiche condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui sussistono le medesime condizioni, risultanti dal numero della nota e dal quesito clinico o dal sospetto diagnostico riportati sulla ricetta dal medico prescrittore."; con il comma 2, che: "2) Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate specifiche indicazioni di appropriatezza prescrittiva riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo del medico prescrittore di riportare il solo quesito o sospetto diagnostico sulla ricetta.". L'ulteriore articolo 64 (Norme finali e transitorie) del DPCM 12 gennaio 2017 stabilisce, con il comma 2, che: "2) Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Dalla medesima data sono abrogati il decreto ministeriale 22 luglio 1996, recante «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe» e il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante «Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale». [...]".

2. Background: Analisi basata su analisi storica dei consumi

In generale, l'approccio basato sull'analisi storica dei consumi si caratterizza per la definizione di un metodo di stima del fabbisogno a partire dalle prestazioni effettivamente erogate agli assistiti, con la primaria finalità di orientare la programmazione regionale delle risorse da dedicare al setting ambulatoriale, ivi comprendendo l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati. Questo approccio è già stato tradotto da Agenas in una metodologia standardizzata (Modello di stima del Fabbisogno), implementata in alcune Regioni³, articolata nelle fasi seguenti:

1. Classificazione uniforme delle prestazioni: al fine di rendere confrontabili le prestazioni di specialistica erogate dalle Regioni, si è proceduto alla riclassificazione di tutte le prestazioni rilevate dal flusso Tessera Sanitaria (TS), secondo i raggruppamenti FA-RE, strumento introdotto in Regione Emilia Romagna nel 2001 e da tempo utilizzato in molte analisi, integrato mediante l'aggiunta dei pacchetti di prestazioni (PAC);
2. Individuazione dell'erogato (fabbisogno storico): a partire dai dati di consumo di una Regione/PA è stato individuato il "fabbisogno storico", dato dalle prestazioni erogate dalla Regione/PA a cui vengono sottratte le prestazioni erogate a pazienti provenienti da altre Regioni (mobilità attiva) e aggiunte le prestazioni erogate ai residenti in strutture di altre Regioni (mobilità passiva), come esemplificato in Figura 1. Pertanto, il fabbisogno storico è dato dalle prestazioni ovunque erogate ai residenti di una data Regione;
3. Stima del fabbisogno teorico: sono stati definiti coefficienti di fabbisogno come rapporto tra il fabbisogno storico (espresso come numero o valore delle prestazioni) e la popolazione residente (fonte Istat) per singola categoria FA-RE, classe di età e sesso. I coefficienti possono essere calcolati sia per gruppi di Regioni preselezionate, sia a livello nazionale (utilizzando come parametro di riferimento il valore medio nazionale).

I coefficienti di fabbisogno ottenuti, specifici per singola categoria FA-RE, classe di età e sesso, sono stati applicati alla popolazione residente di una data Regione o Provincia Autonoma oggetto di studio, depurata di una quota di persone ritenuta in "mobilità apparente" (che stabilmente vive in altra Regione). Utilizzando le proiezioni demografiche Istat, i coefficienti di fabbisogno sono stati quindi applicati alla popolazione attesa nel triennio successivo all'anno di riferimento.

Figura 1: Individuazione del Fabbisogno storico



La metodologia sopra descritta restituisce uno strumento facilmente utilizzabile e replicabile per fornire alla Regione una cornice programmatica generale, da cui poter partire per l'allocazione delle risorse sul territorio. Il limite fondamentale consiste nell'utilizzo, come unica base informativa per la stima del fabbisogno assistenziale, delle prestazioni effettivamente consumate e classificate secondo le categorie FA-RE assunte a proxy del bisogno di salute. Nell'ipotesi di mantenere tale assunto, un primo step di sviluppo del metodo (Figura 2) può essere ottenuto attraverso i seguenti "aggiustamenti":

- affinamento della stima del fenomeno della mobilità apparente attraverso le informazioni che verranno rese disponibili da Anagrafe nazionale assistiti (di cui al DPCM 1° giugno 2022 "Istituzione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA)) interconnesse con i flussi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- introduzione di un IV livello FA-RE che consenta di esaminare alcune prestazioni di particolare interesse (ad esempio sub-articolando la categoria Visite);

³ Diedenhofen G., Salvatori E., Catania D., Parisi S., Aversano C., Vestri A., Di Marco M., Randazzo M.P., Fortino A., "Definizione di una Metodologia per la determinazione del Fabbisogno Regionale di Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale", abstract presentato al XII Congresso Nazionale SISMEC, 2023 Sep 20-23, Jesi, Italia

Diedenhofen G., Salvatori E., Catania D., Parisi S., Brandoni G., Vestri A., Di Marco M., Randazzo M.P., Fortino A., "Definizione di una Metodologia per la Determinazione del Fabbisogno Regionale di Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale", abstract accettato al 57° Congresso Nazionale SItI 2024, Ott 23-26, Palermo, Italia

- introduzione di informazioni relative alla deprivazione sociale analizzabili almeno a livello aggregato per correggere ulteriormente i coefficienti di fabbisogno;
- introduzione di una quota ulteriore di fabbisogno come stima delle rinunce, utilizzando come proxy la percentuale di prestazioni erogate oltre i tempi di attesa massimi previsti per classe di priorità
- standardizzazione dei quesiti diagnostici a livello nazionale, che costituirebbero una ulteriore, essenziale, variabile per la stima dei coefficienti di fabbisogno⁴.

Figura 2: Overview del modello e degli sviluppi futuri (box verdi tratteggiate)



3. Il Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione

Un elemento di evoluzione significativo dell'approccio sopra descritto viene introdotto dal già citato Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione (MNCS) che si sta sviluppando nell'ambito del sub-investimento 1.3.2.3.1 del PNRR M6C2 "Modello di simulazione e previsione per scenari a medio e lungo termine nel SSN - concettualizzazione del modello, sviluppo dell'algoritmo e governance del progetto" a titolarità della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute (cfr. paragrafo 2.1 del PNGLA 2025-27).

In quanto essenzialmente finalizzato a supportare la valutazione di efficacia del SSN dal punto di vista di popolazione (in termini di adeguatezza, qualità ed equità della risposta ai bisogni di salute) mettendo a punto e sistematizzando un metodo in grado, in primis, di identificare e misurare il bisogno di salute della popolazione nonché di simularne l'evoluzione nel tempo anche per effetto di "perturbazioni" di scenari tendenziali prodotte da policy e programmi, norme, innovazione, ecc. il modello si colloca infatti, idealmente, a monte del processo di pianificazione, organizzazione e valutazione della risposta che il SSN è tenuto e riesce a fornire al bisogno stesso, anche in termini di stima del fabbisogno di prestazioni.

In un percorso progettuale che, quindi, parte dalla quantificazione e qualificazione del bisogno per arrivare alla formulazione di una risposta informata e "anticipata" del sistema, il modello è stato guidato dal mandato programmatico rappresentato dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", di seguito DM 77/22) il quale sottolinea che l'analisi del bisogno è il prerequisito di un ridisegno strategico dell'assistenza territoriale fondato su alcuni punti cardine: centralità della persona e della comunità; rafforzamento della *governance* distrettuale; riorientamento delle cure a percorsi di prossimità e di presa in carico globale (proattiva, integrata, continuativa, personalizzata); promozione di ambienti professionali e organizzativi improntati alla rete tra servizi e setting sociosanitari.

Con questi presupposti, l'assetto dell'assistenza territoriale si costruisce sostanzialmente sulla distinzione tra strategie di intervento, modulandole e mirandole rispetto a target di popolazione afferenti a strati omogenei di bisogno di salute. Questi ultimi, in quanto verosimilmente associati a livelli di "rischio" di esiti di salute differenti (a cui concorrono non solo caratteristiche cliniche, quali profili di morbidità e multimorbidità e stati potenzialmente correlati es. limitazioni funzionali e non autosufficienza, disabilità ecc. ma anche condizioni individuali e di contesto indicative di fragilità e vulnerabilità sociale e materiale), generano, a loro volta, tipologie e intensità diverse di consumo di servizi e prestazioni in corrispondenza della specifica azione messa in campo dal sistema in risposta a

⁴ A tale scopo verrà istituito un Tavolo tecnico presso AGENAS che coordinerà tale attività.

quel bisogno: da programmi di prevenzione primaria e promozione della salute rivolti a popolazione sana o con fattori di rischio, ad interventi caratterizzati da sempre maggiore complessità e continuità assistenziale, integrazione tra setting socioassistenziali, multiprofessionalità, multidisciplinarietà.⁵

La metodologia alla base del MNCS, costruita all'interno di alcuni vincoli (utilizzo secondario di dati amministrativi sanitari interconnessi a livello di individuo, nell'attuale perimetro regolamentato ovvero nelle more dell'adozione del cosiddetto Decreto interconnessione estesa) e in coerenza con le indicazioni del DM 77/22 (necessità di cogliere la multidimensionalità e la dinamicità del bisogno; applicabilità su scala nazionale con possibilità di declinazione a libello subnazionale), si è articolata in tre fasi che corrispondono ad altrettante componenti principali del MNCS:

1. classificazione: il modello prende in considerazione la popolazione degli assistiti. La condizione patologica o non patologica di ogni assistito viene identificata dal modello assegnando univocamente l'individuo ad una o più Aree e livelli di malattia sulla base dei contatti che l'assistito ha avuto con il SSN (ovvero delle prestazioni che ha consumato), osservati retrospettivamente in un dato arco temporale (con profondità massima di 5 anni) e intercettati attraverso un algoritmo che elabora in automatico (in fase sperimentale su un campione di circa 4 milioni di assistiti rappresentativi della popolazione residente per Regione, classi di età, sesso) le codifiche presenti in tutti i flussi NSIS interconnessi su base individuale, distinguendo, nel complesso delle prestazioni fruite, quelle che, in base a criteri e logiche prestabilite su costruito clinico, "tracciano" univocamente la suddetta condizione. Ne deriva un impianto gerarchico a più livelli di classificazione (20 aree per un totale di oltre 200 patologie) allineato con i LEA vigenti⁶, ovvero inclusivo di tutte le patologie attualmente soggette al regime di esenzione⁷, tradotto in oltre 190 Schede di patologia contenenti tutte le informazioni utilizzate (prestazioni e logiche traccianti, flussi informativi di riferimento, codifiche) e corredate di stime di prevalenza;
2. stratificazione: il livello di bisogno dell'assistito viene identificato dal modello utilizzando come *driver* principale di stratificazione la complessità clinico-assistenziale misurata mediante "indici di comorbidità" (detti anche di severità clinica, in particolare il *Multisource Comorbidity Score - MCS*⁸), già noti e utilizzati a livello regionale e nazionale, che si sono dimostrati buoni predittori sia di esiti principali e secondari di salute (mortalità a 1 e 5 anni ed altri outcome quali ospedalizzazione, prestazioni specialistiche ambulatoriali, accessi in PS), sia di indicatori di impatto economico (costi totali a carico del SSN), sia di dimensioni proxy di vulnerabilità sociale (indice di deprivazione della sezione di censimento del comune di residenza come misura aggregata di fragilità sociale/svantaggio del contesto di riferimento, tratta dalla letteratura⁹).

Gli "score" di rischio così mutuati sono stati combinati con altre dimensioni derivabili dai flussi sanitari e legate all'assenza o presenza/compresenza di patologie classificate dal modello, di condizioni proxy di vulnerabilità (esenzioni per reddito ed invalidità come definite dal DPCM LEA) nonché al consumo (frequenza e tipologia) di prestazioni¹⁰, derivando 6 gruppi omogenei i quali sono stati altresì esplorati per descriverne le caratteristiche legate alla cronicità e multicronicità, alla fragilità sociale¹¹, nonché all'utilizzo

⁵ Cfr. paragrafo 3 (Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni finalizzata alla programmazione e alla presa in carico) dell'Allegato 1 (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale del Servizio Sanitario Nazionale) del DM 23 maggio 2022 n. 73.

⁶ DPCM 12 gennaio 2017 ("Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", di seguito DPCM LEA).

⁷ Sono ricomprese nel modello: le condizioni di cui all'elenco di "Malattie e condizioni croniche e invalidanti" e relativi "Pacchetti prestazionali Nuovo nomenclatore" e di "Malattie rare esentate dalla partecipazione al costo" di cui agli Allegati 8 e 7 rispettivamente del DPCM LEA; gli stati preconcezionali e le condizioni legate alla gravidanza di cui all'Allegato 10 ("Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile") del DPCM LEA.

⁸ Corrao G, Rea F, Di Martino M, et al. Developing and validating a novel multisource comorbidity score from administrative data: a large population-based cohort study from Italy. *BMJ Open* 2017;7:e019503.

Corrao G, Rea F, Carle F, et al. Measuring multimorbidity inequality across Italy through the multisource comorbidity score: a nationwide study. *Eur J Public Health* 2020;30:916-921.

⁹ Rosano, Pacelli, Zengarini, Costa, Cislighi, Caranci "Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento", *Epidemiologia e prevenzione*, 44 (2-3) marzo-giugno 2020.

¹⁰ per distinguere, ad esempio, gli assistiti con complessità medio-bassa (al massimo 1 accesso al PS nell'anno; al massimo 1 ricovero ospedaliero nell'anno; non registrazione nel flusso FAR; presenza nel flusso SIAD per cure domiciliari integrate di livello base, con CIA inferiore a 0,14) dagli assistiti con complessità alta (2+ accessi al PS nell'anno; 2+ ricoveri ospedalieri; presenza nel flusso FAR; presenza nel flusso SIAD per domiciliari integrate con CIA maggiore o uguale a 0,14).

¹¹ Anche in questo caso si è preso in considerazione l'Indice di deprivazione italiano di fonte Istat, calcolato come somma di indicatori standardizzati, tramite la media e deviazione standard nazionali, realizzato a livello di sezione di censimento (cfr. Rosano, Pacelli, Zengarini, Costa, Cislighi, Caranci "Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento", *Epidemiologia e prevenzione*, 44 (2-3) marzo-giugno 2020). Tuttavia, poiché le informazioni disponibili all'interno del patrimonio informativo NSIS non consentono, per problemi legati alla privacy, di risalire alla sezione di censimento, è stato considerato un indice derivato dalla categorizzazione in quintili delle 371.447 zone di censimento ed espresso per ognuno dei 8.092

di servizi e quindi all'assorbimento di risorse, al fine di far emergere elementi utili sia per l'affinamento e la validazione del metodo sia per rilevare, specie se l'analisi verrà approfondita a livello subnazionale ovvero regionale e locale, l'eventuale esistenza di eterogeneità nella risposta assistenziale a parità di bisogno;

3. riconciliazione con matrice del bisogno del DM 77/22: i risultati della stratificazione, ovvero i 6 gruppi omogenei, sono stati riattribuiti ai 6 livelli identificati dal DM 77/22 e quantificati con stime da dati NSIS derivando una prima matrice del bisogno di salute a livello nazionale.

L'Appendice al presente documento illustra più in dettaglio la metodologia del MNCS.

Diversi e noti limiti metodologici caratterizzano la versione attuale del MNCS; un punto cruciale è ad esempio la necessità (che nell'attuale perimetro informativo del modello può essere soddisfatta solo attraverso l'individuazione di fonti di dati extrasanitari e delle relative strategie di integrazione e analisi con i flussi NSIS) di identificare e migliorare la capacità descrittiva degli assistiti "sani" ma potenzialmente fragili / suscettibili / vulnerabili, per motivi individuali o collettivi (es. stili di vita, caratteristiche sociodemografiche, economiche, ambientali, condizioni di vita e di lavoro, ecc.), quindi elegibili per l'attivazione di eventuali percorsi individuali o comunitari di presa in carico proattiva (es. interventi di prevenzione primaria e promozione della salute).

Analogamente, sarebbe necessario armonizzare e integrare gli strumenti esistenti e utilizzati sul territorio per la stratificazione, inclusi quelli in uso in alcuni contesti di cura (MMG, Case della Comunità, ...) per la misura della fragilità e non autosufficienza della persona (es. scale di valutazione delle limitazioni-deficit funzionali individuali quali il Frailty Index), con i sistemi informativi sanitari correnti verso la definizione di strumenti "unificati" e omogenei di stratificazione a livello nazionale.

L'evoluzione del modello nell'ambito della cornice progettuale PNRR prevede di affrontare questi ed altri aspetti critici attraverso linee di sviluppo che sono in corso di realizzazione anche attraverso accordi di collaborazione con partner dell'Advisory Board del progetto¹².

4. Metodologia di stima del fabbisogno: prime ipotesi

In coerenza con quanto disposto dal Decreto ministeriale 29 ottobre 2024¹³ in attuazione dell'articolo 1 comma 4 del decreto legge 7 giugno 2024 n. 73, i risultati (opportunamente consolidati) del MCNS possono arricchire l'approccio metodologico basato sull'analisi storica dei consumi ad esempio pesando i coefficienti di fabbisogno di cui al paragrafo 2 non solo per variabili quali età, sesso e ambiti territoriali di residenza, ma anche rispetto alla misura del livello di bisogno derivata dall'impianto sopra descritto. Più in generale, il modello introduce nell'analisi la dimensione chiave del rapporto tra bisogno di salute e fabbisogno atteso di prestazioni, in relazione agli strati individuati.¹⁴

Comuni italiani del 2011. Tale indice, considerato per ogni Comune, corrisponde al (minor) quintile di deprivazione in cui ricade almeno il 50% della popolazione del Comune considerato.

¹² L'Advisory Board, costituito da rappresentanti dell'Università e delle Società Scientifiche, è uno degli organi di governance del progetto istituito con Decreto direttoriale 12 febbraio 2024. Esso svolge funzioni di supporto tecnico scientifico continuativo di livello specialistico al progetto nonché, per la sua connotazione di organo esterno e indipendente, di confronto critico in merito ad aspetti generali e specifici, nell'ottica di garantire la coerenza del progetto con i progressi e le innovazioni in corso, suggerendo scenari e possibili sviluppi applicativi, in una logica più ampia rispetto a quella programmatoria dettata dalla cornice istituzionale.

¹³ Ovvero:

- Articolo 1: Il presente decreto, in attuazione delle disposizioni di cui al comma 4 dell'art. 1 del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie", individua le modalità attraverso le quali è messa a disposizione delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano l'analisi dei fabbisogni sanitari e delle prestazioni attese per tipologia, sulla base della 4 classificazione delle patologie croniche presenti nella popolazione italiana, ai sensi dell'art. 7, comma 2-bis, del decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020, aggregate a livello di distretto sanitario, di cui agli artt. 3 quater, 3 quinquies, 3 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Articolo 2: Il Ministero della Salute, con cadenza semestrale provvederà ad inviare in formato elettronico le analisi di cui all'art. 1 alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano unitamente alla documentazione tecnica riguardante l'impianto teorico sotteso al Modello di classificazione adottato, comprendente i protocolli e le specifiche tecniche adottati alla data di trasmissione e i relativi algoritmi di calcolo applicati ai dati NSIS, riferiti a livello di distretto sanitario. L'invio delle analisi di cui all'art. 1 dal Ministero della Salute alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano non prevede la condivisione di dati personali.

¹⁴ Secondo GIMBE nel "Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025", In un servizio sanitario ideale l'offerta di servizi e prestazioni dovrebbe essere perfettamente allineata con i bisogni di salute delle persone, che dovrebbero a loro volta coincidere con la domanda di cittadini e pazienti. In realtà, l'influenza di numerosi driver tende continuamente a fare divergere le tre variabili, per cui rispetto ai reali bisogni di salute l'offerta risulta a volte eccessiva, a volte carente con conseguenti disuguaglianze. Considerato che overuse e underuse possono essere condizionati, rispettivamente, dall'eccesso e dalla carenza dell'offerta di servizi sanitari, è indispensabile valutare se i servizi esistenti sono adeguati rispetto ai reali bisogni di salute della popolazione,

La disponibilità del dato sulle prescrizioni fornirebbe un ulteriore valore aggiunto in quanto consentirebbe di riferire la suddetta dimensione chiave alla richiesta espressa (e non solo alla quota di quest'ultima che viene erogata), tenendo tuttavia conto che, pur disponendo del flusso informativo TS, una sottostima delle prestazioni prescritte sarebbe comunque possibile in quanto potrà essere superata solo in presenza del dato su prestazioni svolte in regime privato "puro" (non convenzionato) che attualmente non sono censite¹⁵.

In aggiunta a quanto già menzionato, al fine di una corretta stima del fabbisogno è importante distinguere gli assistiti che entrano in un percorso diagnostico terapeutico ("primo accesso"), rispetto a quelli che in questi percorsi sono già inseriti ("accesso successivo"). Questo fattore può influenzare notevolmente sia il volume e la tipologia delle prestazioni attese (più facilmente stimabili per gli assistiti già inseriti in un percorso diagnostico terapeutico perché affetti da patologie diagnosticate e riconoscibili, più variabili e difficilmente stimabili per gli assistiti che effettuano un primo accesso per una condizione non ancora diagnosticata), sia il livello di priorità delle stesse (più urgente per un assistito che entra con un primo accesso in un percorso diagnostico terapeutico, solitamente differibile per un assistito già inserito in un percorso che svolge una prestazione di follow-up - accesso successivo).

Analogamente occorre differenziare le prestazioni associate a prescrizioni multiple da quelle che invece non sono ripetute per lo stesso paziente. Questa distinzione può infatti evidenziare difficoltà di accesso alla prestazione e/o un cambiamento della situazione clinica che comporta la variazione della priorità, ma non rappresenta un fabbisogno di prestazioni aggiuntivo. Tale fenomeno è pertanto rilevante nell'analisi del fabbisogno, soprattutto nelle Regioni dove non esiste una pre-lista o lo sbarramento CUP che riducano il rischio di prescrizioni e/o prenotazioni multiple.

Partendo da una selezione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, la metodologia ipotizzabile oltre che alla stima del fabbisogno atteso potrebbe orientarsi anche verso finalità di monitoraggio utili al "governo della domanda", assumendo un perimetro informativo nazionale più esteso di quello attuale ovvero basato su:

- la disponibilità dei dati contenuti nelle ricette prescritte in modalità elettronica (ricetta dematerializzata) che consentirebbero di effettuare selezioni e analisi sia rispetto alle caratteristiche dell'utente destinatario della prescrizione (età, sesso, cittadinanza, residenza, presenza e tipologia di esenzione, tipo di patologia per la quale l'individuo usufruisce di esenzioni nel caso di esenzione per patologia ecc., caratteristiche di deprivazione sociale, ..), sia rispetto alle caratteristiche delle prestazioni prescritte (data di compilazione della ricetta, tipo di accesso, classe di priorità della prescrizione, quesito diagnostico qualora codificato, tipologia di prescrittore, tipologia di prestazione ecc.), considerando anche le prescrizioni multiple ovvero la ripetizione della medesima prescrizione allo stesso paziente;
- la possibilità di collegare queste informazioni sia ai dati relativi alle prescrizioni prese in carico (data di prenotazione, Regione/ASL di residenza, struttura di erogazione, classe di priorità, prestazione, tipo accesso) sia, per le prestazioni che esitano in erogazione, ai dati relativi alle prestazioni effettivamente fruite (data di erogazione, Regione/ASL di residenza, struttura di erogazione, classe di priorità, tipo accesso, tipologia di prestazione etc) ;
- la possibilità di collegare tutti i dati di cui ai punti precedenti con l'algoritmo definito nell'ambito del MNCS della popolazione mediante l'associazione dei dati sulle prescrizioni alla classificazione della popolazione per condizione/patologia e alla stratificazione della stessa popolazione per livello di bisogno/rischio di salute.

Con questa visione generale, la messa a punto della metodologia procederà per step che verranno illustrati in aggiornamenti successivi del presente allegato.

facendo riferimento al triangolo della programmazione sanitaria, secondo i principi dell'Healthcare Needs Assessment (incidenza/prevalenza; "value" degli interventi sanitari; servizi esistenti).

¹⁵ Il Decreto legge 7 giugno 2024 n.73 dispone che (articolo 1 comma 1) "Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, i dati del flusso informativo "Tessera Sanitaria – TS" di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo le modalità da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 del medesimo articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta SSN dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730), nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai centri unici di prenotazione (CUP) regionali".

Appendice metodologica all'Allegato A

Inquadramento, aspetti metodologici, stato di avanzamento del Modello nazionale di classificazione e stratificazione

1. INTRODUZIONE

Lo studio e la gestione della salute della popolazione in un'ottica di *Population Health Management* (PHM) necessita della possibilità di identificare efficacemente i soggetti sani o affetti da patologie o con fattori di rischio, ai fini della segmentazione e stratificazione della popolazione per gruppi di bisogno di salute a cui destinare interventi mirati e sostenibili.

La grande mole e la crescente qualità di dati sanitari correnti permette sempre più il loro utilizzo secondario per finalità epidemiologiche e di medicina di popolazione. La stratificazione della popolazione per profili di rischio basata su algoritmi predittivi alimentati da dati sanitari risponde a tale obiettivo allineando le istanze di classificazione clinico-assistenziale e sociale degli individui con quelle programmatiche di stima e valutazioni di performance del SSN e di impatto delle strategie messe in campo. Molte esperienze di tracciamento delle patologie e stratificazione della popolazione sono state condotte a livello regionale negli ultimi anni (es. CREG di R. Lombardia, ACG di R. Veneto, RiskER di R. Emilia-Romagna, PROTER-Macro di R. Toscana ecc.).

Il Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, di seguito DM 77/22), dà mandato di definire e implementare a livello nazionale un modello di analisi che consenta di identificare gruppi di assistiti omogenei in relazione alla tipologia e all'intensità del bisogno socioassistenziale, cui corrispondano differenti modalità di presa in carico.

Il Progetto "Modello Predittivo 2.0", sviluppatosi nel contesto del PON GOV 2014-2020 e conclusosi a settembre 2022, ha visto la costruzione di un primo modello di classificazione della popolazione affetta da patologie croniche e invalidanti il quale, a partire da maggio 2023, è confluito in una nuova progettualità, a valere sui fondi del PNRR e in capo alla Direzione generale della programmazione sanitaria (DGPROGS) del Ministero della salute, in attuazione del sub-investimento 1.3.2.3.1 "Modello di simulazione e previsione per scenari a medio e lungo termine nel Servizio Sanitario Nazionale - concettualizzazione del modello, sviluppo dell'algoritmo e governance del progetto" della Missione 6 (Salute), Componente 2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale) del PNRR, con milestone nazionale a giugno 2026.

Nella nuova impostazione si è provveduto ad una revisione evolutiva del precedente modello tale da superare l'approccio esclusivamente clinico in un'ottica di sanità pubblica (allineamento con DPCM LEA 12 gennaio 2017) e da generare un processo iterativo di affinamento in continuo, tuttora in corso, dell'impianto teorico mediante test sui dati.

All'interno del progetto si sono sviluppate due linee di attività (classificazione della popolazione per condizione/patologia – Modello nazionale di classificazione; stratificazione della popolazione per livello di bisogno di salute – Modello nazionale di stratificazione) con un unico obiettivo, ovvero definire una metodologia di misura e analisi del bisogno di salute (Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione – MNCS):

- tarata sull'intera popolazione (anche bisogno inespresso);
- basata su uso secondario di dati sanitari (attuali e a tendere) interconnessi a livello di individuo;
- in grado di cogliere la multidimensionalità e la dinamicità del bisogno;
- applicabile su base nazionale ma declinabile nei contesti regionali e locali.

Di seguito vengono descritti i principali passaggi metodologici del percorso, allo stato attuale di realizzazione.

2. MODELLO NAZIONALE DI CLASSIFICAZIONE

2.1 Background e impianto metodologico

Il Modello Nazionale di Classificazione (MNC) è stato sviluppato sulla base di un approccio metodologico integrato, che combina riferimenti normativi, evidenze scientifiche e contributi da esperienze territoriali e internazionali. Il MNC mira a garantire un sistema robusto per il tracciamento e la classificazione delle condizioni patologiche, quali malattie croniche, rare e invalidanti, stati di vulnerabilità e fragilità. Per la costruzione del MNC sono state consultate distinte fonti normative e scientifiche, a partire da:

- DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” (di seguito DPCM LEA), al fine di considerare le condizioni di cui all’elenco di “Malattie e condizioni croniche e invalidanti” e relativi “Pacchetti prestazionali Nuovo nomenclatore” e “Malattie rare esentate dalla partecipazione al costo” di cui agli Allegati 8 e 7 rispettivamente del medesimo DPCM;
- letteratura pubblicata su riviste *peer-reviewed* relativa ai criteri di classificazione per patologia utilizzati nel contesto italiano, letteratura grigia (delibere e determinazioni regionali, pubblicazioni divulgative, libri a contenuto scientifico e informazioni reperite nel World Wide Web). In questo ambito sono stati selezionati come riferimenti principali:
 - indice di severità MCS (*Multisource Comorbidity Score*), sviluppato dal Gruppo di lavoro del Ministero della salute nell’ambito del monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) previsti dal Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria (NSG) di cui al DM 12 marzo 2019;
 - indici *Chronic-Related Score* (CReSc) e *Chronic-Related Score-2.0* (CReSc-2.0) sviluppati in Regione Lombardia;
 - iniziativa PROTER-Macro di Regione Toscana;
 - iniziativa Banca dati assistito (BDA) delle ASL della Provincia di Brescia;
 - criteri individuati da Regione Emilia-Romagna, Regione Lombardia, Regione Lazio, Regione Puglia per le rispettive attività di stratificazione regionale;
 - revisione sistematica delle esperienze italiane relativamente ai criteri di tracciamento dei pazienti cronici, pubblicata da Canova et al. sulla rivista *Epidemiologia & Prevenzione* nel 2019¹⁶;
 - criteri proposti dal *Global Burden of Disease* (GBD).

Su questa base, il MNC integra i seguenti aspetti chiave:

- le esenzioni per malattie croniche e invalidanti e per malattie rare definite, rispettivamente, negli Allegati 8 e 7 del DPCM LEA;
- le patologie recentemente proposte per l’aggiornamento del DPCM LEA;
- l’inserimento, nell’ambito dell’Area della pluripatologia e fragilità prevista nell’Allegato 8 del DPCM LEA, di due sezioni relative ai “Soggetti in possesso di esenzione da reddito” e ai “Soggetti in possesso di esenzione per invalidità”;
- un’area specifica per lo stato preconcezionale e la gravidanza, comprensiva delle situazioni e delle esenzioni individuate rispettivamente nell’Allegato 10 A32 e nell’Allegato 10 B33 e nell’Allegato 10 C34 del DPCM LEA.

Il MNC è stato costruito secondo un processo articolato in più fasi:

- individuazione delle “Aree patologiche”, per garantire il completo tracciamento delle condizioni patologiche croniche, degli stati correlati ad una situazione di vulnerabilità, delle malattie rare, dello stato preconcezionale e della gravidanza;
- classificazione dei livelli di patologia per ciascuna Area patologica individuata;
- definizione di una organizzazione gerarchica per ciascun livello di patologia;
- identificazione di singole prestazioni traccianti distintive e discriminanti per ciascun livello di patologia al fine di rendere ogni livello “esclusivo”;

¹⁶ Cristina Canova, Riccardo Di Domenicantonio, Giovanna Cappai, Silvia Danieli, Lorenzo Simonato. *Exploiting Healthcare Administrative Databases for case-identification algorithms: a systematic review of the Italian experiences*. *Epidemiologia e prevenzione*. n. 4. Anno 43. LUGLIO-AGOSTO 2019. SUPPLEMENTO 2

- individuazione di logiche tramite cui interagiscono tra loro le prestazioni traccianti all'interno dell'algoritmo e definizione di soglie minime in termini di copertura del farmaco tracciante al fine di garantire un appropriato livello di confidenza nell'individuazione della condizione patologica;
- determinazione di precise logiche traccianti correlate al sesso e alle classi di età;
- definizione di logiche di "spegnimento" per specifiche patologie e prestazioni traccianti (es. in relazione a patologie concomitanti non compatibili tra loro).

2.2 Perimetro informativo e campione di riferimento

La fonte primaria dei dati del Modello è rappresentata dal patrimonio informativo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). La base dati utilizzata è costituita da dati interconnessi su base individuale di un'ampia selezione di flussi sanitari nazionali, di seguito elencati con relativa indicazione del Decreto di adozione e del potenziale contributo alle finalità del Modello:

- Scheda di dimissione Ospedaliera - SDO (DM 23 settembre 2023): fornisce informazioni dettagliate sulle condizioni mediche dei pazienti al momento della dimissione ospedaliera, consentendo una analisi approfondita delle patologie presenti;
- Sistema Informativo per il monitoraggio in Emergenza-Urgenza - EMUR (DM 17 dicembre 2008): monitora situazioni mediche urgenti e fornisce elementi utili a comprendere come tali emergenze possano essere collegate alle patologie;
- Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare - SIAD (DM 17 dicembre 2008): offre una visione chiara delle cure fornite a domicilio, contribuendo a individuare gli assistiti con patologia che richiedono un supporto continuativo nel proprio ambiente;
- Sistema Informativo per la Salute Mentale - SISM (DM 15 ottobre 2010): identifica e valuta le condizioni di salute e assistenziali dei pazienti affetti da patologie psichiatriche che rappresentano una area di fragilità rilevante;
- Sistema Informativo Nazionale Dipendenze - SIND (DM 11 giugno 2010): fornisce informazioni sui pazienti in carico presso i servizi per le dipendenze che rappresentano un altro target significativo in tema di cronicità e fragilità;
- Farmaceutica convenzionata - TS (DM 11 febbraio 1997): fornisce informazioni sulla terapia farmacologica prescritta, rilevanti per individuare gli assistiti con patologia attraverso il dato relativo alla gestione delle terapie a lungo termine;
- Specialistica ambulatoriale - TS (DM 11 febbraio 1997): offre una visione sui trattamenti medici specializzati erogati in regime ambulatoriale, contribuendo a individuare gli assistiti con patologia che necessitano di cure specifiche e continue;
- Assistenza residenziale e semiresidenziale anziani - FAR (DM 17 dicembre 2008): fornisce informazioni utili per valutare gli assistiti in strutture residenziali o semiresidenziali e quindi per individuare le patologie che richiedono cure continuative;
- Assistenza erogata presso Hospice (DM 7 dicembre 2016): identifica gli assistiti patologici in fase di cure palliative;
- Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto (DM 31 luglio 2007 e successive modifiche): fornisce informazioni sui medicinali dispensati tramite le strutture sanitarie agli assistiti per la somministrazione al proprio domicilio.

La popolazione di riferimento del Modello (popolazione target nazionale) è composta da tutti gli assistiti residenti in Italia che hanno avuto almeno un accesso al SSN in un dato arco temporale. In fase di sviluppo della metodologia, le elaborazioni relative all'applicazione del Modello, ovvero alla implementazione dell'algoritmo, avvengono su un campione della popolazione target nazionale aggiornato all'anno 2022, selezionato in modo da garantire la rappresentatività rispetto alla popolazione degli assistiti del SSN secondo sesso, classi di età Istat e Regione di residenza, in termini sia di percentuale di distribuzione sia di costo medio sulla base dei flussi TS (farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale) e SDO.

2.3 Algoritmo di classificazione

All'interno delle Schede di patologia (cfr. paragrafo 4 "Struttura e contenuti") vengono riportate le prestazioni "traccianti", ovvero i "contatti" che l'assistito ha avuto con il SSN e che hanno consentito l'identificazione di specifiche condizioni. Le prestazioni traccianti possono essere ricercate, su una profondità temporale massima di 5

anni, in due diverse modalità: singolarmente (una sola prestazione è sufficiente per tracciare la condizione dell'assistito), o in combinazione tra loro (sono necessarie due o più prestazioni, anche relative a diversi setting assistenziali, e quindi rilevate da flussi informativi diversi, per tracciare la condizione). Pertanto, ciascuna prestazione riportata nelle Schede di patologia è sufficiente, da sola o in combinazione con le altre, ad assegnare il soggetto alla relativa patologia prevista dal Modello, come esemplificato in Tabella 1.

Tabella 1. Logiche traccianti utilizzate rispetto alle prestazioni e ai flussi informativi di riferimento, dettagliate nelle Schede di patologia.

Ciascuna delle condizioni riportate nella scheda di patologia è sufficiente, da sola o in combinazione con le altre censite, per individuare il soggetto come affetto dalla relativa patologia	
ATC farmaco	Assistiti che, nell'anno di stima e/o nei 5 anni precedenti, hanno ritirato, nell'arco di 365 giorni, almeno 2 confezioni di farmaci identificati come traccianti nella scheda di patologia, da ricercare nel Flusso TS (farmaceutica convenzionata) e nel Flusso della farmaceutica diretta o per conto con i relativi codici ATC
DRG	Assistiti che, nell'anno di stima e/o nei 5 anni precedenti, hanno il DRG riportato nella scheda di patologia, da ricercare nel Flusso SDO
ICD-9-CM malattia	Assistiti che, nell'anno di stima e/o nei 5 anni precedenti, hanno le diagnosi riportate nella scheda di patologia, da ricercare, in posizione principale o secondaria, nei Flussi EMUR, Hospice, SDO, SIAD, SIND, SISM
ICD-9-CM procedura	Assistiti che, nell'anno di stima e/o nei 5 anni precedenti, hanno le procedure riportate nella scheda di patologia, da ricercare, in posizione principale o secondaria, nel Flusso SDO
Prestazione specialistica ambulatoriale	Assistiti che, nell'anno di stima e/o nei 5 anni precedenti, hanno le prestazioni specialistiche ambulatoriali riportate nella scheda di patologia, da ricercare nel Flusso TS (specialistica ambulatoriale)
Esenzione	Assistiti che, nell'anno di stima e/o nei 5 anni precedenti, hanno il codice di esenzione riportato nella scheda di patologia, da ricercare nel Flusso EMUR, e nel Flusso TS (farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale) e nel Flusso della farmaceutica diretta o per conto
Malattia rara	Assistiti che, nell'anno di stima e/o nei 5 anni precedenti, hanno il codice di malattia rara riportato nella scheda di patologia, da ricercare nel Flusso EMUR, nel Flusso TS (farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale) e nel Flusso della farmaceutica diretta o per conto

Le fasi dell'algoritmo di classificazione sono due:

1. ricostruzione delle informazioni cliniche e creazione dell'anagrafica degli esenti: attraverso il Codice Univoco Nazionale dell'Assistito (CUNA), avviene la ricostruzione delle informazioni cliniche dai flussi NSIS e la creazione dell'anagrafica degli esenti mediante il flusso Tessera Sanitaria (considerando entrambe le componenti: farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale) e il flusso EMUR-PS;
2. tracciamento delle patologie ovvero implementazione delle logiche traccianti al fine di assegnare l'assistito alla patologia. Vengono eseguiti tre passaggi:
 - definizione del dominio delle aree e dei livelli di patologia nonché degli indicatori traccianti articolati per ciascun flusso informativo: Codifiche ICD-9-CM e s.m.i. (diagnosi e procedure), DRG (*Diagnosis Related Group*), ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), prestazioni di specialistica ambulatoriale ed esenzioni;
 - individuazione di "soglie di attivazione" per ogni tipologia di indicatore tracciante al fine di validare o meno l'assegnazione di uno specifico livello di patologia. Esempio: TS (farmaceutica convenzionata): genere, età, quantità di farmaco erogata;
 - applicazione di operazioni logiche al fine di verificare la compresenza (AND) o escludibilità (AND NOT) di determinati indicatori traccianti, es. esclusività di determinate diagnosi; concomitante assunzione di specifici farmaci.

Le logiche traccianti sovraespresse permettono di individuare l'insieme dei casi prevalenti e dei primi contatti con SSN avvenuti nell'anno di valutazione (che potranno essere analizzati separatamente come *proxy* dell'incidenza della malattia).

2.4 Struttura del modello

Il MNC è strutturato gerarchicamente secondo livelli di patologia riconducibili a 20 "Aree patologiche"¹⁷, queste ultime corrispondono al "primo livello" della struttura gerarchica. Per ciascun livello è stata predisposta una "Scheda di patologia" contenente tutte le informazioni (prestazioni traccianti, logiche traccianti, flussi informativi di riferimento) utilizzate nel processo di tracciamento di quel livello di patologia. Complessivamente sono stati

¹⁷ I termini "patologico" o "patologia" sono, per semplicità, utilizzati per tutte le condizioni (anche non patologiche) identificate dal modello, tenendo conto che le 20 aree comprendono: 17 aree relative alle malattie e alle condizioni croniche e invalidanti; 1 area relativa agli stati correlati ad una situazione di vulnerabilità; 1 relativa alle patologie rare; 1 area relativa allo stato preconcezionale e alla gravidanza.

individuati 194 livelli, e altrettante Schede di patologia, riconducibili alle 20 Aree patologiche per un totale di oltre 200 patologie, come esemplificato nelle Tabelle 2, 3 e 4.

Nel caso di Aree in cui siano presenti farmaci utilizzabili per più patologie, sono state inserite “Schede di terapia farmacologica” al fine di individuare quei pazienti per cui sia documentata l'erogazione ripetuta di farmaci traccianti, ma privi di altri criteri univoci per l'attribuzione a patologie specifiche (es. esenzione o ricoveri). Inoltre, la classificazione dei pazienti oncologici, oltre a comprendere criteri di natura clinica e anatomica, ha previsto una classificazione ulteriore legata agli approcci terapeutici utilizzati (intervento chirurgico, chemioterapia, ormonoterapia, radioterapia).

In definitiva, le Schede di patologia, in base all'area cui afferiscono, possono descrivere:

- patologie croniche o invalidanti (Allegato 8 DPCM LEA, "Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti");
- patologie rare (Allegato 7 DPCM LEA, "Elenco malattie rare esentate dalla partecipazione al costo");
- stati preconcezionali e condizioni legate alla gravidanza (Allegato 10 DPCM LEA, "Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile");
- stati correlati ad una situazione di non autosufficienza, fragilità sociale, invalidità (soggetti affetti da pluripatologie e da riduzione dell'autonomia personale; soggetti in possesso di esenzione da reddito; soggetti in possesso di esenzione per invalidità);
- terapie farmacologiche (Area cardiovascolare/immunoreumatologica) o approcci terapeutici utilizzati (Area oncologica, in cui l'approccio terapeutico si affianca alla classificazione per organo).

Tabella 2. Struttura del Modello nazionale di classificazione

Livello 1 (20 Aree)	Area patologica		
	Livello 2 (78 schede)	Patologie o gruppi di patologie o situazioni di fragilità	
		Livello 3 (79 schede)	Patologie o famiglie di patologie riconducibili ai gruppi di patologie del livello superiore o situazioni di fragilità
		Livello 4 (37 schede)	Patologie riconducibili alle famiglie di patologie del livello superiore

Tabella 3. Aree patologiche del Modello nazionale di classificazione

01	AREA CARDIOVASCOLARE	11	AREA NEUROLOGICA
02	AREA DERMATOLOGICA	12	AREA OCULISTICA
03	AREA EMATOLOGICA	13	AREA ONCOLOGICA
04	AREA ENDOCRINO-METABOLICA	14	AREA PEDIATRICA E DELLE MALATTIE CONGENITE
05	AREA GASTROENTEROLOGICA	15	AREA PNEUMOLOGICA
06	AREA GINECOLOGICA	16	AREA PSICHIATRICA
07	AREA IMMUNO-REUMATOLOGICA	17	AREA TRAPIANTOLOGICA
08	AREA INFETTIVOLOGICA	18	AREA DELLA VULNERABILITÀ
09	AREA MUSCOLO-SCHELETRICA	19	AREA DELLE MALATTIE RARE
10	AREA NEFROLOGICA	20	AREA PRECONCEZIONALE E DELLA GRAVIDANZA

Tabella 4. Esempio di Scheda di patologia

SCHEDA DI PATOLOGIA DIABETE MELLITO DI TIPO I COMPLICATO	
Ciascuna delle condizioni riportate nella scheda di patologia è sufficiente, da sola o in combinazione con le altre censite, per individuare il soggetto come affetto dalla relativa patologia.	
ICD-9-CM malattia	250.41 - Diabete tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato, con complicazioni renali; 250.43 - Diabete tipo I (diabete giovanile), scompensato, con complicanze renali; 250.51 - Diabete tipo I (diabete giovanile), non definito se controllato, con complicazioni oculari; 250.53 - Diabete tipo I (diabete giovanile), scompensato, con complicazioni oculari; 250.61 - Diabete tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato, con complicazioni neurologiche; 250.63 - Diabete tipo I (diabete giovanile), scompensato, con complicazioni neurologiche; 250.71 - Diabete tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato, con complicazioni circolatorie periferiche; 250.73 - Diabete tipo I (diabete giovanile), scompensato, con complicazioni circolatorie periferiche; 250.81 - Diabete tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato, con altre complicazioni specificate; 250.83 - Diabete tipo I (diabete giovanile), scompensato, con complicazioni specificate; 250.91 - Diabete tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato, con complicazioni non specificate; 250.93 - Diabete tipo I (diabete giovanile), scompensato, con complicazioni non specificate.
ICD-9-CM malattia e Diabete mellito di tipo I	357.2 - Polineuropatia in diabete; 362.0 - Retinopatia diabetica; - V49.70 - Livello non specificato di amputazione di arto inferiore; - V49.71 - Amputazione dell'alluce; - V49.72 - Amputazione di altro(e) dito(a) del piede; - V49.73 - Amputazione del piede; - V49.74 - Amputazione della caviglia; - V49.75 - Amputazione sotto il ginocchio; - V49.76 - Amputazione sopra il ginocchio.
ICD-9-CM procedura e Diabete mellito di tipo I	14.33 - Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con xenon; 14.34 - Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con argon (LASER); 86.01 - Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo; 86.23 - Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale; 96.59 - Altra irrigazione di ferita.
Nota	La categoria Diabete mellito di tipo I complicato è reciprocamente esclusiva con la categoria Diabete mellito di tipo II complicato. I traccianti individuati nella scheda clinica Diabete mellito di tipo I complicato devono essere ricercati in soggetti già censiti dalla categoria Diabete mellito di tipo I. I soggetti che siano inseriti nelle categorie Diabete mellito di tipo I complicato e Diabete mellito di tipo II complicato, sono riattribuiti alla categoria Diabete mellito.

3. MODELLO NAZIONALE DI STRATIFICAZIONE

3.1 Background

Analogamente al Modello Nazionale di Classificazione, il Modello Nazionale di Stratificazione (MNS) si basa su un approccio integrato che utilizza la complessità clinica come principale *driver* di stratificazione. In linea con il mandato del DM 77/22, il modello propone una metodologia strutturata per implementare la stratificazione della popolazione, basandosi sui dati sanitari correnti e combinando diverse dimensioni del bisogno di salute (clinico e sociale). Attraverso indicatori di utilizzo di servizi (e relativi costi), e misure *proxy* di fragilità, la stratificazione per complessità clinica viene infatti integrata con la classificazione per patologia e quindi «riconciliata» con i 6 livelli del DM 77/22 secondo una prima ipotesi «aprioristica».

In questa ottica e con le opportune evoluzioni, il modello può consentire di identificare e descrivere gruppi di assistiti omogenei in relazione alla tipologia e all'intensità del bisogno e della conseguente risposta assistenziale, tentando di fornire una traduzione quantitativa della matrice proposta dal DM 77/22, costituita da 6 livelli identificati a partire dalla classe di bisogno corrispondente ad una determinata condizione (determinata non solo da caratteristiche cliniche ma anche da fragilità e vulnerabilità sociale e materiale, non autosufficienza, disabilità), la quale genera un diverso livello di "intensità assistenziale" (in termini di utilizzo di servizi e assorbimento di risorse) e quindi richiede una specifica "azione" di presa in carico globale, come riportato in Figura 1.

Figura 1. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali (fonte: Tabella 2 Allegato1 DM 77/22)

Classificazione del bisogno di salute →	Condizione clinica/sociale →	Bisogno/intensità assistenziale →	Azioni di presa in carico →
 LIVELLO VI Persone in fase terminale.	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione.	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi.	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali.
 LIVELLO V Persone con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale.	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo.	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi-residenziale o residenziale.	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali.
 LIVELLO IV Persone con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale.	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socioassistenziali con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali.	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali.
 LIVELLO III Persone con complessità clinico assistenziale media.	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono-patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta determinanti.	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi.	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento.
 LIVELLO II Persone con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo.	Assenza di cronicità/fragilità.	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile).	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita.
 I LIVELLO Persone in salute.	Assenza di condizioni patologiche.	Assenza di necessità assistenziali.	Azioni di promozione della salute.

Fonte: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Sistema San

3.2 Percorso

La metodologia di stratificazione prevede un percorso di sviluppo che parte dall'applicazione ai dati nazionali dei risultati di metodologie già sperimentate, e in parte validate, a livello regionale e nazionale, e idealmente arriva alla riproduzione ex novo sui dati nazionali delle medesime metodologie o di un loro adattamento o evoluzione legati anche alla parallela evoluzione della cornice normativa abilitante l'utilizzo del patrimonio informativo sanitario (dati interconnessi su base individuale) per le finalità in questione. A tal fine, il percorso prevede 5 step che possono essere considerate 5 linee di attività parallele ma connesse e integrabili, come schematizzato e descritto di seguito:

1. Misura della cronicità: questo step intende utilizzare, come punto di partenza della stratificazione, le risultanze del Modello nazionale di classificazione (MNC);
2. Misura della severità/gravità clinica: questo step intende applicare le metodologie di stratificazione, diffuse e documentate a livello regionale e, in alcuni casi, nazionale, che stratificano la popolazione in base ad indici

di comorbidità (detti anche di “complessità clinico assistenziale”) secondo un gradiente di rischio associato ad un dato *outcome* (generalmente la mortalità), quantificato attraverso cosiddetti *score* prognostici (detti anche di severità);

3. Misura dell'utilizzo dei servizi sanitari: questo step intende individuare e valorizzare (anche allo scopo di considerare altri elementi con impatto sui bisogni sanitari oltre alla complessità clinica) variabili di utilizzo

di servizi e prestazioni sanitarie (e costi totali) che caratterizzano gli strati di popolazione, sia a scopi descrittivi, sia ai fini di validazione del modello, sia, in una fase successiva e in progress di sviluppo, come *proxy* di esito da introdurre in modelli di valutazione del rischio;

4. Riconciliazione con matrice di bisogno del DM 77/22: questo step intende integrare i risultati delle precedenti fasi in una o più proposte di stratificazione della popolazione coerenti con i livelli di bisogno socioassistenziale delineati nel DM 77/22.
5. Misura della fragilità e vulnerabilità sociale: questo step intende effettuare una analisi delle caratteristiche di vulnerabilità sociale degli strati di popolazione, considerando variabili *proxy* presenti nei flussi sanitari (es. titolo di studio) o dati aggregati da fonti esterne (es. indicatori di contesto quali indice di deprivazione del Comune di residenza), nelle more di una disponibilità più estesa di dati individuali di tipo demosociale interconnettibili con quelli sanitari (es. provenienti da sistemi di sorveglianza su malattie croniche e fattori di rischio, *survey*, Registri di patologia, fonti extrasanitarie,...).
6. Misura dell'assorbimento di risorse economiche: in collegamento con il punto 3., questo step intende effettuare una analisi dell'assorbimento di risorse economiche all'interno degli strati di popolazione, valutando anche la quota delle prestazioni erogate a partire dai pacchetti prestazionali individuati dal DPCM LEA.

Con l'obiettivo di mettere a punto un algoritmo "preliminare" di stratificazione della popolazione nazionale dei beneficiari del SSN che utilizzi le informazioni dei flussi NSIS e che integri, per classe di bisogno espresso, le dimensioni della complessità clinica, della vulnerabilità, dell'utilizzo di servizi e dell'assorbimento di risorse, vengono di seguito descritte solo le linee di attività fino ad oggi realizzate.

3.3 Stratificazione per complessità clinico assistenziale: applicazione del *Multisource Comorbidity Score*

La stratificazione dei pazienti sulla base dei cosiddetti indici di complessità clinico assistenziale è una pratica consolidata nell'ambito del PHM con la finalità di segmentare la popolazione per individuare i target prioritari di interventi sanitari e programmare adeguatamente l'allocazione di risorse.

L'indice di comorbidità denominato *Multisource Comorbidity Score* (di seguito MCS)¹⁸, si basa su 46 condizioni cliniche tracciate dai codici diagnostici (ICD-9 e s.m.i.) dei pazienti ricoverati (18 malattie), dai codici (ATC) dei farmaci prescritti ai pazienti ambulatoriali (6 malattie), o da entrambi i codici diagnostici e terapeutici (22 malattie). Originariamente sviluppato in Regione Lombardia (con riferimento al target di individui di età ≥ 50 anni beneficiari del Servizio Sanitario della Regione da almeno due anni), ma successivamente testato su altre Regioni (complessivamente 10), l'indice è stato adottato dal Gruppo di Lavoro PDTA del Nuovo Sistema di Garanzia-NSG (di cui al DM 12 marzo 2019) della DGPROGS del Ministero della Salute come strumento di validazione, a livello nazionale, degli indicatori di processo/appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali previsti dal NSG¹⁹: in quanto ha dimostrato, a livello interregionale (in Lombardia e nelle altre Regioni scelte come set di validazione esterna), robustezza nel predire (sulla base di un modello di sopravvivenza parametrico) sia il rischio di morte a breve termine (a un anno dalla data indice, esito principale) sia esiti secondari (mortalità a 5 anni, ricoveri a 1 e 5 anni, costi a carico del SSN totali e per ricoveri ospedalieri a 2 anni).

Date queste premesse, l'applicazione dell'indice MCS a livello nazionale ha previsto:

1. la verifica della "stabilità", negli anni 2019 e 2022, della performance discriminante di MCS nella predizione degli esiti (primari e secondari) sia in Lombardia sia in due Regioni collaborative scelte per la validazione (Marche e Sicilia), al fine di confermare che è appropriato il suo utilizzo per confrontare l'impatto delle comorbidità tra Regioni;
2. la ricostruzione degli score (relativi alle 46 condizioni) sul campione NSIS utilizzato per il MNC (cioè costituito dai beneficiari del SSN che, durante gli anni 2019 e 2022, hanno avuto almeno un contatto, ovvero per i quali sia stata registrata almeno una prestazione nei flussi SDO, TS - farmaceutica convenzionata e TS - specialistica ambulatoriale), previa "correzione" del campione stesso al fine di rendere comparabili la popolazione nazionale

¹⁸ A cura del Prof. Giovanni Corrao e del Prof. Matteo Franchi, Università Bicocca Milano.

¹⁹ Cfr. Ministero della Salute, Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali. Metodologia per il calcolo degli indicatori. Estratto dal Manuale operativo per la valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali del Ministero della Salute aggiornato al 01.06.2021. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio VI Monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA e dei Piani di rientro.

con le popolazioni regionali (dati campionari derivanti dai flussi NSIS vs dati derivanti dalle Anagrafi sanitarie e dai flussi sanitari regionali di Lombardia, Marche e Sicilia) e quindi riproducibile il metodo;

3. l'analisi della distribuzione dell'indice secondo alcune dimensioni: prevalenza delle malattie/condizioni tracciate dal MNC; indice di deprivazione (posizione quintile del Comune di residenza) come misura aggregata proxy di fragilità sociale/svantaggio del contesto di riferimento, tratta dalla letteratura²⁰; consumo di risorse sanitarie (es. indicatori di utilizzo di servizi e prestazioni: tassi di ospedalizzazione, prescrizioni farmaceutiche, visite specialistiche e costi diretti per il SSN misurati retrospettivamente nell'anno di osservazione);
4. la definizione (in una prospettiva di medio termine, quindi non ancora realizzata) di un indice di comorbidità da costruire ex novo, con stessa metodologia (modelli di rischio considerando come outcome la mortalità) applicata a dati nazionali, ma basata non sulle 46 condizioni cliniche individuate in origine bensì sulle condizioni patologiche tracciate dal MNC nonché sull'utilizzo a pieno regime sia dell'intero set di informazioni desumibili dai flussi sanitari correnti (es. specialistica ambulatoriale - TS, con nuovo Nomenclatore nazionale, SIAD, SISM, nuovi flussi quali riabilitazione,) sia del dato di mortalità, interconnesso a livello centrale, fornito da Anagrafe Nazionale Assistiti (di cui al DPCM 1° giugno 2022 "Istituzione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti – ANA), da utilizzare come variabile di esito. Il nuovo indice sarebbe anche destinato ad aggiornare la validazione degli indicatori di processo NSG-PDTA;
5. la definizione (sempre a tendere, in uno sviluppo di medio termine) di ulteriori *score* da costruire con metodologia analoga a quella dell'indice in questione (determinazione di pesi da attribuire a covariate cliniche o sociali) rispetto a un endpoint specifico (es. ricoveri evitabili o ripetuti, accessi in PS, nuova presa in carico in assistenza domiciliare integrata, nuovo ingresso in assistenza residenziale,...) o composito che individui, su un intervallo temporale prospettico, il bisogno di cure prevalente e continuativo di soggetti verosimilmente classificati nei livelli più alti della matrice del DM 77/22 (ad alta fragilità) e l'"appropriatezza" della risposta assistenziale²¹.

In questa prima fase di definizione della metodologia di stratificazione, sono state quindi effettuate alcune analisi preliminari sul campione costituito dai beneficiari del SSN che, durante gli anni 2019 e 2022, hanno avuto almeno un contatto con il SSN²². Le analisi hanno riguardato:

- a. la costruzione della distribuzione "corretta" dei punteggi MCS nei beneficiari del SSN di età uguale o superiore a 50 anni nell'intero territorio nazionale, e nei residenti nelle singole Regioni e Province Autonome, negli anni 2019 e 2022;
- b. la misura della prevalenza delle malattie/condizioni tracciate dal MNC negli individui appartenenti a ogni punteggio MCS aggregato, negli anni 2019 e 2022;
- c. la costruzione della distribuzione congiunta del punteggio MCS aggregato e della posizione quintile del Comune di residenza rispetto all'indice nazionale di deprivazione, negli anni 2019 e 2022;
- d. il consumo di risorse sanitarie dei cittadini appartenenti a ogni punteggio MCS aggregato, negli anni 2019 e 2022.

Rispetto alle suddette analisi occorre precisare quanto segue:

- Relativamente al punto c., è noto che gli indici di deprivazione, ampiamente disponibili nella letteratura scientifica nazionale ed internazionale dall'inizio degli anni Ottanta, sono misure multidimensionali di risorse sia materiali sia sociali calcolati a livello di specifici aggregati geografici e quindi descrittive delle caratteristiche, sociali e materiali, del contesto a cui si riferiscono. Il motivo principale della loro diffusione,

²⁰ Rosano, Pacelli, Zengarini, Costa, Cislighi, Caranci "Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento", Epidemiologia e prevenzione, 44 (2-3) marzo-giugno 2020.

²¹ Un riferimento per questo tipo di analisi è rappresentato dalla metodologia dell'Elderly Community-Dwelling Score (EcdSc), sviluppata da Regione Lombardia per la costruzione di un indice composito che insieme, alla complessità clinica, contribuisce alla definizione di un profilo multidimensionale di fragilità. L'indice misura le seguenti dimensioni: propensione all'istituzionalizzazione; mancata aderenza alle raccomandazioni terapeutiche; ridotta autonomia; vulnerabilità sociale.

²² Le analisi sono state condotte correggendo preliminarmente la distribuzione MCS dall'effetto di un'intrinseca criticità della base dati da cui il campione è estratto. Tale criticità riguarda il fatto che, come noto, la popolazione di riferimento non comprende i beneficiari del SSN che nell'anno di osservazione non hanno avuto alcun contatto con il SSN. In tal modo vengono esclusi i beneficiari con basso punteggio MCS e lo score che se ne ricava risulta di conseguenza sbilanciato verso punteggi indicativi di maggiore complessità clinica. Tuttavia, considerando che, per disegno, i cittadini che non hanno ricevuto alcuna prestazione appartengono alla categoria con MCS = 0, è stata operata una correzione della distribuzione dell'MCS desunta dai dati NSIS aggiungendo alla categoria con MCS = 0 la differenza tra residenti al 31 dicembre, dato ISTAT, e gli assistiti con almeno un contatto (dato nazionale). Al fine di rendere questa correzione più affidabile, il calcolo è stato separatamente effettuato per categorie di età e sesso. Inoltre, al fine di verificare se la procedura risulta sufficientemente affidabile, le distribuzioni dei punteggi MCS direttamente desunti dai dati campionari relativi ai flussi NSIS sono state confrontate con quelle ottenute dai flussi delle tre Regioni collaborative (Lombardia, Marche e Sicilia).

nonché della scelta del loro utilizzo nel contesto della presente proposta, è che possono essere utilizzati come *proxy* del livello di svantaggio sociale individuale, sia pure con il noto potenziale *bias* ecologico che si rischia attribuendo ad un individuo una misura collettiva, con problemi di variabilità interna, anche se ottenuta ad un livello il più possibile micro di dettaglio territoriale, come nel caso della sezione di censimento. Nell'impossibilità, attuale, di arricchire, attraverso interconnessione su base individuale, i flussi sanitari correnti con covariate sociali da censimento e quindi di superare la suddetta criticità²³, l'utilizzo di indicatori per area geografica può fornire una soluzione di compromesso, consentendo di indagare questo aspetto, tenendo conto che esistono evidenze consolidate circa il rapporto inverso tra gradiente socioeconomico e profilo di comorbidità e che la maggior parte delle malattie e delle conseguenze della cattiva salute, così come la prevalenza e le conseguenze della multimorbidità, sono distribuite in maniera diseguale tra gruppi di popolazione in condizioni socioeconomiche diverse²⁴. Con questo orientamento, si è inteso inglobare l'indice di deprivazione sociale a livello aggregato come potenziale elemento indipendente dalla morbosità e contributo significativo all'analisi del bisogno di salute. Ciò premesso, la proposta prende in considerazione l'Indice di deprivazione italiano di fonte Istat, calcolato come somma di indicatori standardizzati, tramite la media e deviazione standard nazionali, realizzato a livello di sezione di censimento²⁵. Tuttavia, poiché le informazioni disponibili all'interno del patrimonio informativo NSIS non consentono, per problemi legati alla privacy, di risalire alla sezione di censimento, è stato considerato un indice derivato dalla categorizzazione in quintili delle 371.447 zone di censimento ed espresso per ognuno dei 8.092 Comuni italiani del 2011. Tale indice, considerato per ogni Comune, corrisponde al (minor) quintile di deprivazione in cui ricade almeno il 50% della popolazione del Comune considerato.

- Relativamente al punto a., al fine di operare un confronto sintetico della complessità clinica tra le Regioni/PA sono stati utilizzati due approcci ricavati dalle distribuzioni di MCS specifiche per età. Innanzitutto, è stata calcolata l'età al di sopra della quale metà dei beneficiari è affetto da almeno una comorbidità tra quelle che contribuiscono all'MCS (età mediana). In secondo luogo, è stata calcolata la percentuale di beneficiari affetti da almeno una comorbidità tra quelle che contribuiscono all'MCS per ogni singola età (percentuale con comorbidità).
- Relativamente al punto b., con riferimento alle malattie/condizioni tracciate dal MNC, per ogni punteggio MCS è stata costruita la distribuzione dei pazienti in funzione della prevalenza di: malattie croniche, rare e vulnerabilità.
- Infine, relativamente al punto d., il consumo di risorse sanitarie (ricoveri, prescrizioni farmaceutiche, visite specialistiche, accessi in PS, costi per il SSN) dei cittadini appartenenti a ogni punteggio MCS aggregato, nei due anni di osservazione, ha permesso di verificare se la correlazione tra punteggi ed esiti secondari già osservata dalle esperienze del GdL NSG-PDTA si mantiene in anni più recenti, in particolare nel periodo interessato dalla pandemia da SARS-CoV-2.

3.4 Riconciliazione nella matrice del DM 77/22

Come già evidenziato, il DM 77/22 propone un modello di stratificazione della popolazione articolato in 6 livelli di bisogno, dalla popolazione sana fino ai pazienti con bisogni di cure palliative. Pertanto, al fine di fornire strumenti di PHM coerenti con le indicazioni del Decreto, si è proceduto a definire una proposta di stratificazione della popolazione implementabile sui dati sanitari correnti (NSIS). La proposta (schematizzata in Tabella 5²⁶) si basa sulle

²³ A tale impossibilità si aggiunge la difficoltà di utilizzare variabili di tipo demosociale già presenti nei flussi NSIS dato il loro discutibile livello di completezza e qualità (es. titolo di studi da fonte SDO).

²⁴ Se pure l'indicatore di deprivazione non aggiungesse molto alla stratificazione di suscettibilità clinica data dalla comorbidità, dal momento che quest'ultima esprime già in gran parte l'effetto dello svantaggio sociale individuale (e quindi ignorare lo svantaggio individuale potrebbe solo sottostimare il bisogno in quanto non verrebbe misurata l'interazione tra suscettibilità clinica e svantaggio), esso potrebbe invece aggiungere di originale e importante una dimensione non individuale bensì di contesto, in termini di eventuale "povertà" dei sistemi sociali e sanitari locali che comunque in qualche modo impatta sullo stato di salute dell'individuo.

²⁵ Gli indicatori che compongono l'indice di sintesi sono basati su 5 dimensioni che congiuntamente esprimono il grado di deprivazione:

- basso livello di istruzione (% di popolazione di 6 anni e più con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare);
- disoccupazione (% di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione);
- mancato possesso dell'abitazione (% di abitazioni occupate in affitto);
- famiglia monogenitoriale (% di famiglie monogenitoriali e composte da un solo nucleo familiare);
- densità abitativa (occupanti per 100 m²).

²⁶ Per i soggetti che non risultano classificati nelle categorie del MNCS si specifica quanto segue:

- per gli assistiti over 50, la riconciliazione viene effettuata tramite l'utilizzo dei due *driver* rimanenti ossia il punteggio MCS e l'utilizzo dei servizi sanitari;
- per gli assistiti under 50, la riconciliazione viene effettuata basandosi esclusivamente sull'utilizzo dei servizi sanitari.

Gli assistiti classificati nella categoria 18.1 "Soggetti affetti da pluripatologie e da riduzione dell'autonomia personale" e nella categoria 18.3 "Soggetti in possesso di esenzione per invalidità" non possono essere attribuiti a livelli inferiori al Livello 3 della piramide del DM 77/22.

dimensioni di seguito descritte, che combinate insieme, permettono di determinare l'appartenenza di ciascun assistito al corrispondente livello:

- Comorbidità: sulla base del MNC, i pazienti vengono caratterizzati come prevalentemente monocronici o pluripatologici.
- Gravità clinica: utilizzando indici, come il finora considerato, che permettono di attribuire a ciascuna comorbidità un peso, è possibile caratterizzare la gravità clinica meglio della semplice somma delle singole patologie.
- Vulnerabilità: secondo l'indicazione del Decreto, i livelli dal terzo al quinto includono analisi con o senza vulnerabilità sociale. A tal fine, sono state utilizzate le categorie di esenzione di reddito e invalidità presenti nel MNC sulla base della legislazione esistente.
- Bisogno assistenziale continuativo e prevalente: per determinare l'effettiva perdita dell'autonomia nei soggetti multicronici e distinguere tra il quarto e il quinto livello della stratificazione del DM 77/22, sono state indicate alcune prestazioni quali traccianti di aumentati bisogni (ad esempio, ricoveri ripetuti, accessi multipli al pronto soccorso, utilizzo di assistenza residenziale o domiciliare non prestazionale).
- Bisogno di cure palliative: descritto sulla base di alta gravità clinica e/o traccianti di utilizzo di cure palliative (UCP-DOM, Hospice, visite ambulatoriali di cure palliative).

Tabella 5. Prima proposta di matrice del bisogno di salute

LIVELLI	SOTTOLIVELLI	CONDIZIONE 1 <i>PATOLOGIE</i>	CONDIZIONE 2 <i>MCS</i>	CONDIZIONE 3 <i>UTILIZZO SERVIZI</i>	CONDIZIONE 4 <i>VULNERABILITÀ</i>
1		Non ha contatti con il SSN (la prevalenza è ottenuta per differenza rispetto alla popolazione generale degli assistiti).	-	-	-
	Livello 1A	L'assistito non è classificato in nessuna delle categorie individuate dal Modello di classificazione: dall'Area 1 all'Area 17, Area 18 (esclusa la categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito") e Area 19.	Punteggio MCS = 0	L'assistito non è presente, nell'anno di valutazione, in nessun flusso tracciato, con l'eccezione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie, pubbliche e private, convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e/o del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto per codici ATC NON traccianti nel Modello di classificazione.	-
	Livello 1B	L'assistito è classificato nell'Area 20 (Area preconcezionale e della gravidanza) e non è classificato nella categoria 20.2.1 "Gravidanza a rischio" dell'Area 20.	-	-	-

LIVELLI	SOTTOLIVELLI	CONDIZIONE 1 <i>PATOLOGIE</i>	CONDIZIONE 2 <i>MCS</i>	CONDIZIONE 3 <i>UTILIZZO SERVIZI</i>	CONDIZIONE 4 <i>VULNERABILITÀ</i>
2	Livello 2A	L'assistito non è classificato in nessuna delle categorie individuate dal Modello di classificazione (dall'Area 1 all'Area 17, Area 18, esclusa la categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito", e Area 19).	Punteggio MCS = 0	L'assistito, nell'anno di valutazione, è presente nel flusso AMB o nel flusso EMUR ma non nel flusso SDO.	-
	Livello 2B		Punteggio MCS = 0	L'assistito è presente nel flusso SDO.	-
	Livello 2C	L'assistito non è classificato in nessuna delle categorie individuate dal Modello di classificazione (dall'Area 1 all'Area 17, Area 18, esclusa la categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito", e Area 19). L'assistito è classificato nella categoria 20.1 "Stato preconcezionale" dell'Area 20.	Punteggio MCS = 0	-	-
		L'assistito non è classificato in nessuna delle categorie individuate dal Modello di classificazione (dall'Area 1 all'Area 17, Area 18, esclusa la categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito", e Area 19). L'assistito è classificato nella categoria 20.2.1 "Gravidanza a rischio" dell'Area 20.	Punteggio MCS = 0	-	-

LIVELLI	SOTTOLIVELLI	CONDIZIONE 1 <i>PATOLOGIE</i>	CONDIZIONE 2 <i>MCS</i>	CONDIZIONE 3 <i>UTILIZZO SERVIZI</i>	CONDIZIONE 4 <i>VULNERABILITÀ</i>
3	Livello 3A	L'assistito è "prevalentemente monocronico" ovvero con 1 malattia cronica o fino a 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area (dall'Area 1 all'Area 17 e Area 18 solo la categoria 18.1 "Soggetti affetti da pluripatologie e da riduzione dell'autonomia personale").	Punteggio MCS = 0 - 4	-	-
		L'assistito è classificato con 1 malattia rara e fino a 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria (Area 19).	Punteggio MCS = 0 - 4	-	-
	Livello 3B	L'assistito è "prevalentemente monocronico" ovvero con 1 malattia cronica o fino a 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area (dall'Area 1 all'Area 17 e Area 18 solo la categoria 18.1 "Soggetti affetti da pluripatologie e da riduzione dell'autonomia personale").	Punteggio MCS = 0 - 4	-	L'assistito presenta una delle condizioni di "vulnerabilità" individuate dalla categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito" e dalla categoria 18.3 "Soggetti in possesso di esenzione per invalidità" dell'Area 18.
		L'assistito è classificato con 1 malattia rara e fino a 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria (Area 19).	Punteggio MCS = 0 - 4	-	L'assistito presenta una delle condizioni di "vulnerabilità" individuate dalla categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito" e dalla categoria 18.3 "Soggetti in possesso di esenzione per invalidità" dell'Area 18.

LIVELLI	SOTTOLIVELLI	CONDIZIONE 1 PATOLOGIE	CONDIZIONE 2 MCS	CONDIZIONE 3 UTILIZZO SERVIZI	CONDIZIONE 4 VULNERABILITÀ
4	Livello 4A	L'assistito soddisfa almeno una delle seguenti condizioni: - più di 1 malattia cronica²⁷ appartenente ad aree diverse; - più di 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area; - più di 1 malattia rara²⁸ appartenente a categorie diverse; - più di 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria; 1 o più malattie croniche e 1 o più malattie rare.	Punteggio MCS = 0- 19	L'assistito soddisfa almeno 1 delle seguenti condizioni: - al massimo 1 accesso al PS nell'anno; - al massimo 1 ricovero ospedaliero nell'anno; - non registrazione nel flusso FAR; - presenza nel flusso SIAD per cure domiciliari di livello base (Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) inferiore a 0,14).	-
		L'assistito soddisfa almeno una delle seguenti condizioni: 1 malattia cronica o 1 malattia rara; - al massimo 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area o 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria.	Punteggio MCS = 5- 19		-
	Livello 4B	L'assistito soddisfa almeno una delle seguenti condizioni: - più di 1 malattia cronica appartenente ad aree diverse; - più di 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area; - più di 1 malattia rara appartenente a categorie diverse; - più di 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria; 1 o più malattie croniche e 1 o più malattie rare.	Punteggio MCS = 0- 19	L'assistito soddisfa almeno 1 delle seguenti condizioni: - al massimo 1 accesso al PS nell'anno; - al massimo 1 ricovero ospedaliero nell'anno; - non registrazione nel flusso FAR l'anno; - presenza nel flusso SIAD per cure domiciliari di livello base (Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) inferiore a 0,14).	L'assistito è classificato nella categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito" o nella categoria 18.3 "Soggetti in possesso di esenzione per invalidità" dell'Area 18.
		L'assistito soddisfa almeno una delle seguenti condizioni: 1 malattia cronica o 1 malattia rara; - al massimo 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area o 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria.	Punteggio MCS = 5- 19		L'assistito è classificato nella categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito" o nella categoria 18.3 "Soggetti in possesso di esenzione per invalidità" dell'Area 18.

LIVELLI	SOTTOLIVELLI	CONDIZIONE 1 PATOLOGIE	CONDIZIONE 2 MCS	CONDIZIONE 3 UTILIZZO SERVIZI	CONDIZIONE 4 VULNERABILITÀ
5	Livello 5A	L'assistito soddisfa almeno una delle seguenti condizioni: - più di 1 malattia cronica²⁹ appartenente ad aree diverse; - più di 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area;	Punteggio MCS = 0- 19	L'assistito soddisfa almeno 1 delle seguenti condizioni: 2 o più accessi al PS nell'anno; 2 o più ricoveri ospedalieri; - presenza nel flusso FAR;	-

²⁷ Con il termine "malattia cronica" si intendono gli assistiti tracciati dall'Area 1 all'Area 17 e l'Area 18 (solo la categoria 18.1 "Soggetti affetti da pluripatologie e da riduzione dell'autonomia personale") del MNCS.

²⁸ Con il termine "malattia rara" si intendono gli assistiti dell'Area 19.

²⁹ Con il termine "malattia cronica" si intendono gli assistiti tracciati dall'Area 1 all'Area 17 e l'Area 18 (solo la categoria 18.1 "Soggetti affetti da pluripatologie e da riduzione dell'autonomia personale") del MNCS.

LIVELLI	SOTTOLIVELLI	CONDIZIONE 1 <i>PATOLOGIE</i>	CONDIZIONE 2 <i>MCS</i>	CONDIZIONE 3 <i>UTILIZZO SERVIZI</i>	CONDIZIONE 4 <i>VULNERABILITÀ</i>
		- più di 1 malattia rara³⁰ appartenente a categorie diverse; - più di 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria; 1 o più malattie croniche e 1 o più malattie rare.		presenza nel flusso SIAD per domiciliari integrate (ADI) (Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) maggiore o uguale a 0,14).	
		L'assistito soddisfa almeno una delle seguenti condizioni: 1 malattia cronica o 1 malattia rara; - al massimo 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area o 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria.	Punteggio MCS = 5- 19		-
	Livello 5B	L'assistito soddisfa almeno una delle seguenti condizioni: - più di 1 malattia cronica appartenente ad aree diverse; - più di 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area; - più di 1 malattia rara appartenente a categorie diverse; - più di 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria; 1 o più malattie croniche e 1 o più malattie rare.	Punteggio MCS = 0 - 19	L'assistito soddisfa almeno 1 delle seguenti condizioni: 2 o più accessi al PS nell'anno; 2 o più ricoveri ospedalieri; - presenza nel flusso FAR; - presenza nel flusso SIAD per domiciliari integrate (ADI) (Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) maggiore o uguale a 0,14).	L'assistito è classificato nella categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito" o nella categoria 18.3 "Soggetti in possesso di esenzione per invalidità" dell'Area 18.
		L'assistito soddisfa almeno una delle seguenti condizioni: 1 malattia cronica o 1 malattia rara; - al massimo 2 malattie croniche appartenenti alla stessa area o 2 malattie rare appartenenti alla stessa categoria.	Punteggio MCS = 5 - 19		L'assistito è classificato nella categoria 18.2 "Soggetti in possesso di esenzione da reddito" o nella categoria 18.3 "Soggetti in possesso di esenzione per invalidità" dell'Area 18.

³⁰ Con il termine "malattia rara" si intendono gli assistiti dell'Area 19.

LIVELLI	SOTTOLIVELLI	CONDIZIONE 1 PATOLOGIE	CONDIZIONE 2 MCS	CONDIZIONE 3 UTILIZZO SERVIZI	CONDIZIONE 4 VULNERABILITÀ
6	Livello 6	-	Punteggio MCS >=20	-	-
		-	-	L'assistito soddisfa almeno una delle seguenti condizioni: ○ erogazione di cure palliative domiciliari di livello base o specialistico in presenza di informazioni contenute nei campi "Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico" e "Assistenza relativa allo Stato Terminale non Oncologico" valorizzati con 1 (bisogno presente) del Flusso SIAD; ○ presenza del flusso Hospice; ○ presenza nel flusso SDO e che risulti registrato il codice della disciplina ospedaliera "99" denominata "Cure palliative"; ○ presenza nel flusso AMB e che risulti registrata una delle due seguenti prestazioni: - 89.01.R-Visita di controllo per cure palliative. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI); - 89.07.A-Prima visita multidisciplinare per cure palliative. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI).	-

ALLEGATO B

**STRUMENTI DI SUPPORTO ALLA PRESCRIZIONE
(APPROPRIATEZZA E PRIORITÀ)**

Indice

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

1. Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Contesto di riferimento

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

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

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

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

3. Il metodo RAO

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

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

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

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

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

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

4. Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni

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

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

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

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

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

5. Strumenti applicativi di supporto alla prescrizione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ALLEGATO C

**LINEE DI INDIRIZZO OMOGENEE A LIVELLO
NAZIONALE SISTEMI CUP**

Sommario

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

INTRODUZIONE

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

Esso aggiorna ed integra le Linee Guida CUP del 2010, recependo i contributi a carattere regionale e le indicazioni formulate dal Tavolo Tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-27.

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

1. I SISTEMI CUP

1.1. Definizioni e classificazioni

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

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

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

Il raggiungimento di tale obiettivo prevede:

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

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

¹ Vedi PNGLA 2025-2027 al paragrafo 4.1

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

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

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

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

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

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

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

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

Questo modello consente di:

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

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

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

Questo modello consente di:

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

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

1.2. Interoperabilità

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

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

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

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

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

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

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

2. ASPETTI ORGANIZZATIVI- GESTIONALI

2.1 Il sistema dell'offerta

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

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

2.2. Back-office: funzioni e ambiti di attività

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

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

2.2.1 Gestione e programmazione delle agende di prenotazione

Tale attività prevede:

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

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

2.2.1.1 L'Agenda di prenotazione

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

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

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

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

Si riportano le distinzioni delle tipologie di agende:

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

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

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

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

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

2.2.1.2 Gestione delle agende di prenotazione di "percorsi"

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

In particolare, nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) (art. 3 comma 8 del DL 73/2024).

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

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

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

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

2.2.1.3 Strumenti di gestione dei percorsi di tutela

In caso di indisponibilità di offerta entro i tempi massimi previsti per classe di priorità, il CUP deve prevedere strumenti automatici di gestione dei percorsi di tutela previsti dal PNGLA 2025-27, anche attraverso offerta aggiuntiva che viene utilizzata come riserva solo per queste situazioni di particolare criticità.

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

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

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

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

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

Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle preliste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa, si considera sempre la data di effettivo primo contatto, e quindi quella di inserimento in prelista.

Al momento del primo contatto, nel caso di impossibilità di prenotazione immediata, al cittadino devono essere comunicati la possibilità di essere inserito in prelista e il tempo massimo entro cui verrà ricontattato per fissare l'appuntamento. In particolare, per le preliste di "primo accesso", la prenotazione va comunicata al cittadino entro 5 giorni per le priorità B, massimo 10 giorni per le visite di tipo D e fino a 15 giorni per le diagnostiche di tipo D e massimo 20 giorni per le priorità P per la proposta di appuntamento. Non possono essere attivate le preliste per le classi di priorità U.

È tassativamente vietato introdurre deroghe a tali tempistiche che possano nuocere il diritto del cittadino di ricevere la prestazione entro i tempi massimi previsti dalla classe di priorità.

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

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

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

- 1) primi accessi: (assenza di disponibilità nell'ambito di garanzia così dette preliste di primo accesso) è la prelista finalizzata a gestire le reali impossibilità di prenotazione di prestazioni in primo accesso entro i tempi previsti dalla classe di priorità. La modalità di attivazione, di tracciabilità, di richiamata e di gestione degli appuntamenti delle Preliste di primo accesso, devono essere le medesime in un qualunque canale di prenotazione CUP (sportello, telefonico, farmacia, web, ecc). I tempi di attesa di queste preliste sono oggetto di monitoraggio.
- 2) accessi successivi (Prelista accesso successivo): è la prelista che può essere utilizzata in caso di assenza di disponibilità per le prestazioni da presa in carico a cui accede lo specialista/struttura che ha in carico il cittadino.

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

Criteri di scorrimento della prelista

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

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

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

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

2.2.1.4 Gestione delle sospensioni temporanee di erogazione

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

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

2.2.1.5 Gestione delle prestazioni cicliche

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

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

2.2.1.6 Avvertenze di prenotazione e preparazioni

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

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

2.2.1.7 Profili di accesso alle agende

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

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

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

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

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

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

2.2.2 Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione

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

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

2.2.3 Monitoraggio per il governo delle liste di attesa

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

Il Sistema CUP deve essere inoltre in grado di registrare e produrre le informazioni necessarie per la corretta alimentazione dal flusso informativo ex ante previsto dal PNGLA 2025-27, con particolare riferimento a:

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

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

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

2.2.3.1 Rimodulazione dell'offerta

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

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

- verifica dell'andamento della domanda;

- verifica per ciascuna agenda, del “tasso di non presentazione” rispetto al piano di lavoro;
- misura dell’overbooking.

2.2.4. Riscontro dell’erogazione

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

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

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

1. verificare la congruenza dell’offerta resa disponibile rispetto a quanto effettivamente prodotto;
2. misurare il tasso di non presentazione per ciascuna azienda al fine di individuare situazioni i cui sia necessario riprogrammare l’offerta;
3. raccogliere le informazioni necessarie per attuare le previsioni del comma 7 art. 3 del DL 73/2024 nei confronti dei cittadini che non hanno consentito il recupero del posto a causa della mancata disdetta.

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

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

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

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

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

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

A tale scopo le possibili soluzioni operative sono:

1. integrazione tra gli applicativi che registrano l’erogato ed il CUP, in modo che tutte le informazioni relative all’erogazione confluiscono su quest’ultimo;
2. utilizzo di un concentratore di dati esterno, su cui confluiscono tutte le informazioni puntuali relative sia alla prenotazione sia all’erogazione.

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

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

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

2.3.1 Canali di accesso/fruizione del Sistema CUP

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

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

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

2.3.2 Il processo di prenotazione

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

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

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

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

2.3.2.1 Identificazione dell'assistito

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

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

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

2.3.2.2 Inserimento delle prestazioni

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

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

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

2.3.2.3 Prenotazione

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

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

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

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

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

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

Ambito territoriale di garanzia

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

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

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

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

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

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

2.3.2.4 Contabilizzazione e cassa

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

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

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

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

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

2.3.2.5 Gestione delle disdette

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. PRIVACY E TRASPARENZA

3.1. Privacy

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

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

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

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

3.2. Trasparenza

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

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

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

4. ASPETTI DI NATURA INFORMATIVO-SEMANTICA

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

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

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

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

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

4.2 Modalità di condivisione del catalogo delle prestazioni prenotabili

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

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

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

5. INDICATORI RESI DISPONIBILI DAI SISTEMI CUP

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

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

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

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

ALLEGATO D

**APPROCCIO METODOLOGICO AL MODELLO RAO
PER I RICOVERI PROGRAMMATI**

Indice

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

Razionale e obiettivi del lavoro

Il metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni in base a criteri clinici espliciti, attraverso l'assegnazione della classe di priorità al momento del loro inserimento in Lista di Attesa.

Il Protocollo RAO – prestazioni di ricovero programmato (PRP) ha l'intento di definire in modo omogeneo, a livello nazionale, quali classi di priorità assegnare al paziente al momento dell'inserimento in Lista di Attesa per ricoveri chirurgici programmati.

La sintomatologia rappresenta il motivo scatenante la necessità di visita specialistica attraverso la quale il medico specialista valuta le condizioni cliniche del paziente e la necessità di intervenire chirurgicamente, ponendo il paziente in Lista di Attesa per intervento chirurgico programmato.

L'assegnazione della classe di priorità avviene sulla base di elementi discriminanti, quali: la tipologia d'intervento chirurgico, la diagnosi, l'età, il genere, le comorbidità rilevanti ed eventuali caratteristiche della patologia particolarmente impattanti nei rapporti sociali.

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

Pertanto, il modello applicato prevede di:

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

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

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

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

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

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

Metodologia

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

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

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

Con riferimento a ciascuna disciplina:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) Implementazione delle Tabelle RAO

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

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

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

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

Fonti

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

Appendice

Analisi retrospettiva

Procedura di record-linkage

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

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

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

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

Tabelle

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

Tabella A – Distribuzione delle caratteristiche demografiche e cliniche per codice SIGLA e classe di priorità assegnata.

Disciplina X, anno Z

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

Guida alla lettura:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Corrao G, Rea F, Di Martino M, De Palma R, Scondotto S, Fusco D, Lallo A, Belotti LMB, Ferrante M, Pollina Addario S, Merlino L, Mancina G, Carle F. Developing and validating a novel multisource comorbidity score from administrative data: a large population-based cohort study from Italy. *BMJ Open*. 2017 Dec 26;7(12):e019503. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019503. PMID: 29282274; PMCID: PMC5770918.

Tabella B – Distribuzione delle caratteristiche demografiche e cliniche per codice SIGLA e classe di priorità assegnata.

Disciplina ORTOPEDIA, anno 2019

NB La tabella riporta a titolo esemplificativo solo una categoria diagnostica (patologia dell'anca) appartenente alla disciplina di Ortopedia

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

Esempio di lettura dei risultati: **0360606 - REVISIONE PROTESI ANCA**

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

Tabelle RAO

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

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

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

* derivati dalla Tabella A

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

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

ALLEGATO E

LINEE DI INDIRIZZO

**REQUISITI E MONITORAGGIO DELLE SEZIONI DEDICATE AI TEMPI E
ALLE LISTE DI ATTESA SUI SITI WEB DI REGIONI, PROVINCE AUTONOME
E AZIENDE SANITARIE**

Indice

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

1. Premessa

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

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

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

La comunicazione su tempi e liste di attesa, disciplinata dall'art. 41, comma 6 del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 recante “*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”, va, dunque, sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici relazioni con il pubblico (URP), carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti web regionali e aziendali. Al riguardo, il PNGLA prevede il **monitoraggio della presenza sui siti web di Regioni, Province autonome e Aziende sanitarie del SSN della sezione dedicata ai tempi e alle liste di attesa**.

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

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

2. Obiettivi

Le presenti Linee di indirizzo “*Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa sui siti web di Regioni, Province autonome e Aziende sanitarie*” (di seguito “Linee di indirizzo”) perseguono l’obiettivo di:

- i) definire i *contenuti informativi* delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa dei siti web delle Regioni/Province autonome e delle Aziende sanitarie al fine di consentire una offerta conoscitiva sull’argomento che sia omogenea a livello nazionale;
- ii) individuare una modalità di *monitoraggio* dei dati e delle informazioni riportate nelle sezioni dedicate ai tempi e alla gestione delle liste di attesa dei siti web delle Regioni/Province autonome e delle Aziende sanitarie che tenga conto della trasparenza dei contenuti pubblicati e della loro fruibilità e semplicità di accesso sia a livello regionale che aziendale.

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

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

Il PNGLA 2019-21, tra le linee di intervento per il governo delle liste di attesa nei piani regionali, indica “*l’informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti web regionali e aziendali*” e individua, tra i monitoraggi a cui sono tenute le Regioni, il monitoraggio della presenza sui siti web di Regioni, Province autonome e Aziende sanitarie della sezione dedicata ai tempi e alle liste di attesa.

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

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

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

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

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

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

3.1 Siti web di Regioni/Province autonome

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

- **Piano regionale di governo delle liste di attesa** con relativa delibera di adozione ed eventuali delibere di integrazione (es.: delibere di adozione del Modello "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO"; altri atti normativi/documenti inerenti all'accesso alle prestazioni sanitarie).
I documenti vanno pubblicati in formato pdf accessibile¹ scaricabile dall'utente e gli stessi (o la pagina che li contiene) devono essere facilmente raggiungibili attraverso un link disponibile nella prima pagina della sezione liste di attesa;
- **Pubblicazione dati del monitoraggio ex-ante** relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale in primo accesso, per classe di priorità e ambito di garanzia, almeno per le prestazioni previste dal PNGLA:
 - Totale prenotato *per classe di priorità* (*B=10 gg, D=30 gg per visite - 60 gg per esami diagnostici, P= 120gg*)
 - N. prenotazioni effettuate
 - % di garanzia entro i tempi previsti per ogni classe di priorità
 - Valore mediano dei tempi di attesa delle prestazioni prenotate;
- **Pubblicazione dati del monitoraggio delle attività di ricovero.** Il dato è relativo al valore mediano dei tempi di attesa e al numero dei ricoveri programmati e riguarda almeno le prestazioni elencate nel PNGLA per la classe di priorità A;
- **Pubblicazione di un "dato storico" ex ante.** Il dato viene riferito all'anno precedente la consultazione e deve riguardare almeno le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA;
- **Presenza di un sistema collegato al sistema CUP regionale o ai sistemi CUP interaziendali** per la prenotazione online delle prestazioni, in coerenza con il D.M. 20 agosto 2019 (*c.d. "Decreto Fondi CUP"*);
- **Definizione dei Percorsi di tutela** con rimando al Piano Attuativo Aziendale che esplicherà le modalità con cui l'Azienda intende attivare il percorso di tutela;
- **Piani Attuativi Aziendali** di tutte le Aziende sanitarie con relative delibere di adozione, in formato pdf accessibile scaricabile dall'utente **o attraverso un link** che rinvii alla sezione dedicata del sito di ciascuna azienda in cui è inserita la documentazione;
- **Eventuali numeri verdi** di pubblica utilità in tema di liste di attesa;

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

- **Guida** alla lettura dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino con particolare riferimento al significato di:

- Percentuale di garanzia del monitoraggio ex ante
- Media/Valore mediano dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, per classe di priorità
- Percorso di tutela
- Ambito di garanzia;

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

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

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

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

3.2. Siti web delle Aziende Sanitarie

Ogni Azienda sanitaria (ASL, Aziende ospedaliere, IRCCS, Policlinici universitari) dovrà prevedere sul proprio sito istituzionale (di seguito sito web aziendale) una sezione dedicata alle liste e alla gestione dei tempi di attesa. Tale sezione dovrà essere direttamente navigabile dal Portale salute del sito web regionale, e dovrà essere indicizzata nei principali motori di ricerca.

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

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

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

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

4. Indicazioni per il monitoraggio dei siti web

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

Oggetto del monitoraggio:

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

Informazioni raccolte nel monitoraggio

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

Soggetti preposti al monitoraggio

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

Periodicità del monitoraggio

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

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

Modalità di attuazione del monitoraggio

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

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

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

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

5. Glossario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Allegato 1 - Check list di monitoraggio

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

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

GLOSSARIO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per le prestazioni ambulatoriali sono previste le seguenti specifiche.

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

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

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

Per le prestazioni di ricovero sono previste le seguenti specifiche.

A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

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

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

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

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

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

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

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

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

Data di Prenotazione del ricovero: corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri.

Questa data è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo “data di prenotazione”, previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda il governo delle liste d'attesa, l'interoperabilità deve essere garantita tra i sistemi

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

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

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

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

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

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

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la readiness come la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella preparedness.

A tal fine, la preparedness e la readiness rappresentano nell'ambito della programmazione nazionale, regionale ed aziendale le linee di indirizzo necessarie a definire strumenti previsionali ed attuativi utili a riprogrammare l'offerta di prestazioni elettive, ambulatoriali e di ricovero, nei casi in cui sia necessario mobilitare risorse assistenziali per affrontare emergenze di natura biologica e non biologica.

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

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

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

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

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

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

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

Ricovero programmato: per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day-Hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stata rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, o dallo Specialista ospedaliero o da un medico di fiducia del paziente.

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

SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera, istituita con il Decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

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

Tempo di attesa per le prestazioni di ricovero programmato: tempo che intercorre tra la data di iscrizione in lista d'attesa e la data del ricovero. La data di iscrizione del paziente in lista d'attesa da cui decorre il calcolo del tempo di attesa deve coincidere con la data di "accettazione consapevole" fornita dal paziente che, di norma, coincide con la data della visita specialistica in cui è rilevata o confermata l'indicazione al ricovero. È quest'ultima, di fatto, il momento in cui il medico specialista, con la classe di priorità, definisce il periodo entro il quale, verosimilmente, l'attesa non determinerà una compromissione del quadro clinico. Questo tempo non va confuso con il tempo pre-operatorio, ovvero quello che intercorre tra il momento del ricovero e l'esecuzione della procedura/intervento, che non è oggetto del monitoraggio.

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

Il tempo di attesa ex post è definito come il tempo che intercorre dalla data di contatto/prenotazione di una prestazione specialistica ambulatoriale e la data di erogazione.

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

Tipo di accesso:

Per le prestazioni ambulatoriali indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

Il campo ha la seguente codifica:

1 = primo accesso.

0 = altra tipologia di accesso.

Per le prestazioni di ricovero indica la tipologia del "regime di ricovero", che può essere ordinario o diurno.

Per tutti i ricoveri in regime ordinario, viene indicato il tipo di ricovero, per distinguere i ricoveri programmati dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il codice ha la seguente codifica:

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

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

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

ALLEGATO G

GLOSSARIO PER IL CITTADINO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA

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

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

Attività libero-professionale intramuraria (ALPI): si intende l'attività che i dirigenti medici e sanitari svolgono, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, individualmente o in equipe, al di fuori del proprio orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, su libera scelta dell'assistito, in adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, con oneri a carico dello stesso.

Azienda sanitaria: si intende un ente pubblico deputato all'erogazione di servizi sanitari. Nel Piano Nazionale Governo Liste Attesa indica il soggetto erogatore o garante delle prestazioni. Nel monitoraggio dei tempi di attesa istituzionali (SSN) le Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCCS di diritto pubblico, Policlinici universitari comprese le strutture private accreditate in convenzione, contribuiscono alla garanzia dell'accesso e dei tempi di attesa nell'ambito territoriale in cui è presente l'Azienda sanitaria territoriale.

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

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

Per le prestazioni ambulatoriali sono previste le seguenti specifiche.

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

B= entro 10 gg;

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

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

Per le prestazioni di ricovero sono previste le seguenti.

A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

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

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

Day Service Ambulatoriale (DSA): anche detto Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC) è un modello di assistenza specialistica ambulatoriale usato per gestire casi clinici complessi attraverso l'erogazione di visite, esami strumentali e prestazioni terapeutiche, che coinvolgono più professionisti.

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

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

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

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

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

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

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

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

Data del ricovero: è la data effettiva del ricovero.

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

Garanzia dei tempi massimi: il cittadino ha il diritto di ricevere una visita medica o un esame entro un

certo tempo stabilito, che dipende dalla gravità del suo caso. Se il cittadino sceglie una data diversa da quella che gli è stata offerta, la prestazione esce dall'ambito di garanzie e il Servizio Sanitario Regionale (SSR) può non rispettare i tempi già previsti.

~~**Modalità di prenotazione:** il cittadino può prenotare ricoveri, visite e analisi in diversi modi: andare agli sportelli, telefonare, usare il computer delle farmacie, del medico di famiglia collegato con l'Azienda sanitaria, o su Internet. Tutte queste prenotazioni vengono registrate nel sistema del Centro Unificato di Prenotazione (CUP).~~

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

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

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

Prestazione ambulatoriale: sono visite con specialisti o esami medici come le radiografie o le ecografie, che non richiedono il ricovero in ospedale.

Prestazione in emergenza/urgenza clinica: i ricoveri urgenti sono quelli che devono avvenire in tempi brevissimi e comunque entro 72 ore, per garantire la salute del paziente.

Anche alcuni esami o visite devono essere effettuati molto rapidamente perché la condizione del paziente è seria, e quindi in questi casi non si segue la normale lista d'attesa. Si può accedere direttamente al Pronto Soccorso o tramite una "ricetta **del SSN rossa**".

Se nella ricetta è presente un codice "U", secondo la legge, quella prestazione, pur essendo considerata urgente, può essere effettuata entro 72 ore dalla prescrizione del medico.

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

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

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

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

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

Tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali: è il tempo che intercorre tra la data di prenotazione e la data ~~in cui si effettua la visita dell'appuntamento~~.

Tempo massimo di attesa: è il tempo massimo tra quando si prenota una visita e quando la si riceve. Questo tempo è stabilito dalle Regioni, seguendo le linee guida nazionali.

Tipo di accesso: Il tipo di accesso per le visite mediche si divide in primo accesso e accesso successivo. Il primo accesso riguarda la prima visita o il primo esame diagnostico richiesto, mentre l'accesso successivo è per controlli o visite successive.

Quando si tratta di un ricovero, si specifica se si tratta di un ricovero ordinario o giornaliero.

Nei ricoveri ordinari, dev'essere indicato se si tratta di un ricovero programmato, urgente, obbligatorio per legge (TSO), o se si tratta di un ricovero programmato con pre-ospedalizzazione.

Se un paziente viene dal Pronto Soccorso senza una prescrizione medica di ricovero, viene considerato un ricovero urgente.

Per i ricoveri giornalieri, non è necessario specificare il tipo di ricovero perché sono sempre programmati.

~~PERCORSI DI TUTELA — RIMBORSO~~

ALLEGATO H

PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

ALLEGATO H.1 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA

VISITE SPECIALISTICHE

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

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

PRESTAZIONI STRUMENTALI

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
20	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.23
21	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4

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

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
39	RM DEL COLLO	88.91.6
40	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1
41	RM DEL RACHIDE CERVICALE	88.93.2
	RM DEL RACHIDE DORSALE	88.93.3
	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	88.93.4
	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO	88.93.5
	RM DELLA COLONNA IN TOTO	88.93.6
	RM ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE	88.94.B
	RM DEL BACINO	88.94.A
	RM DEL BRACCIO	88.94.5

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

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
44	SPIROMETRIA GLOBALE	89.37.2
	SPIROMETRIA SEMPLICE	89.37.1
45	TC DELL'ADDOME SUPERIORE	88.01.1
	TC DELL'ADDOME INFERIORE	88.01.3
	TC DELL'ADDOME COMPLETO	88.01.5
46	TC DEL BRACCIO	88.38.H
	TC DEL GINOCCHIO	88.39.4
	TC DEL GOMITO	88.38.J
	TC DEL PIEDE	88.39.7
	TC DEL POLSO	88.38.L
	TC DELLA CAVIGLIA	88.39.6
	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE)	88.39.3
	TC DELLA GAMBA	88.39.5
	TC DELLA MANO	88.38.M
	TC DELLA SPALLA	88.38.G
	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE	88.39.2
	TC DELL'AVAMBRACCIO	88.38.K
	TC DI CAVIGLIA E PIEDE	88.39.9
	TC DI GINOCCHIO E GAMBA	88.39.8

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

ALLEGATO H.2 PRESTAZIONI DI RICOVERO

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	

12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Intervento protesi ginocchio	00.80; 00.81; 00.82; 00.83; 00.84; 81.54; 81.55	
16	riparazione di ernia inguinale		
17	emorroidectomia		