

Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2024/2026**

**VP01 - EROGAZIONE LIVELLI ESSENZIALI
ASSISTENZA**



**P02 - GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA
AMBULATORIALI**

Sommario

Premesse	3
Obiettivo del Piano – Rispetto dei Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	4
Gestione della domanda - L'appropriatezza prescrittiva.....	5
Gestione dell'offerta - Organizzazione dei volumi, delle agende, dei canali di prenotazione	7
Gestione della comunicazione - Informazione e formazione	10
Attuazione del Piano - Attori del processo e Azioni.....	12
Monitoraggio del Piano – Dati disponibili e indicatori di monitoraggio.....	14
Normativa di riferimento	16

Premesse

Perché un Piano per il Governo delle Liste d'Attesa ambulatoriali:

- ci si pone come obiettivo primario l'equità all'accesso dei servizi;
- garantire percorsi trasparenti realizzati con puntuale programmazione e definizione di ruoli e attività;
- garantisce migliori outcome (correlazione tra attesa ed esito);
- monitoraggio della domanda e indirettamente dei "bisogni di salute";
- gestisce l'offerta e indirettamente l'efficienza dell'organizzazione;
- rende coerente le decisioni del piano con gli altri piani aziendali.

I livelli essenziali di assistenza illustrano l'ambito di garanzia che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna ad assicurare in modo omogeneo a tutti i cittadini sul territorio. La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni passa tuttavia anche attraverso l'attuazione di un Piano di Governo delle Liste di Attesa, che ha lo scopo prioritario di determinare elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per sviluppare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili. È chiaro infatti che l'equità di accesso può essere ottenuta soltanto tramite l'attuazione di coerenti criteri di appropriatezza, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici ed attengono a tre grandi aree di intervento:

- il governo della domanda di prestazioni,
- il governo dell'offerta di assistenza
- i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

In particolare fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento dei divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la valutazione dei bisogni assistenziali da parte dei medici prescrittori, l'affermarsi di modelli culturali di «consumo sanitario», la maggiore capacità di intervento del sistema sanitario, anche grazie alla crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti, criticità nel reclutamento di personale medico tecnico e infermieristico, le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili, le difficoltà di un settore che presenta al proprio interno nicchie di mercato di difficile regolamentazione. Per tali motivi è necessario studiare ed applicare programmi idonei a garantire un uso sempre più razionale delle risorse e consentire l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizioni di appropriatezza e qualità.

Il presente documento si pone lo scopo di delineare, per il triennio 2023-2025, i criteri di gestione delle liste d'attesa per percorsi outpatient (prestazioni ambulatoriali ospedaliere e territoriali) e in modo più ampio la gestione della risposta al paziente nell'intero percorso di cura, dalla promozione della salute, prevenzione, riabilitazione, diagnosi e cura delle malattie, in ospedale sul territorio e al domicilio.

La *mission* del piano è, nelle more dell'attuazione del nuovo Piano Organizzativo Aziendale, quella di evolvere la gestione delle liste d'attesa, passando da un sistema diviso in compartimenti tra ospedale e territorio, reattivo nella risposta alle prenotazioni over soglia di attesa, che quindi rincorre le problematiche come "casi singoli", ad un sistema gestito unitariamente, che coniughi pianificazione, programmazione, implementazione e monitoraggio, gestendo in coerenza con la variazioni della domanda rilevate e la direzione dell'offerta nei limiti consentiti dalle risorse.

Il piano, tenuto conto anche dell'evoluzione dei sistemi di prenotazione ambulatoriali messi a disposizione da Regione Liguria e dalle esperienze virtuose messe in atto in azienda, in altre aziende liguri ed in altre regioni, prevede momenti di efficientamento dei percorsi di cura, dalla prescrizione all'erogazione attraverso la presa in carico clinica, organizzativa e amministrativa del bisogno di salute.

Obiettivo del Piano – Rispetto dei Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

Il tempo di attesa è normalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione; si parla di tempo di attesa

- ex post, in quanto riferito al tempo concreto che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione;
- ex ante, tenendo conto del tempo indicato all'utente al momento della prenotazione.

Per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, l'obiettivo da perseguire è l'erogazione delle prestazioni entro il tempo massimo di attesa, da garantire nell'ambito di riferimento:

- nel 90% dei casi per le classi di priorità U (erogazione entro 72 ore)
- nel 90% dei casi per le classi di priorità B (erogazione entro 10 giorni)
- nel 90% dei casi per le classi di priorità D (erogazione entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le indagini strumentali)

Il tempo di attesa si intende soddisfatto quando l'Azienda garantisce, direttamente o attraverso gli erogatori privati accreditati che insistono nel proprio territorio, la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito.

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening. Le prestazioni monitorate sono previste dal documento "Piano regionale di governo delle liste d'attesa" adottato con delibera 185 del 2019 da Alisa.

Gestione della domanda - L'appropriatezza prescrittiva

La crescente richiesta di prestazioni sanitarie ha di fatto prodotto una forbice tra domanda ed offerta di prestazioni specialistiche, andando ad incidere profondamente sul critico indicatore rappresentato dal relativo tempo di attesa.

Se la soluzione più immediata dell'aumento dell'offerta si configura, oltre che costosa, poco utile a ridurre il fenomeno, perché finisce con il promuovere la dissociazione tra diagnosi clinica e diagnosi strumentale, devono essere intrapresi percorsi di rivalutazione volti al raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva.

Benché non sia da ritenersi sistematica ed automatica l'associazione tra grandi volumi di prestazioni erogate ed alti gradi di inappropriata attesa, è verosimile che una maggiore aderenza a Linee Guida o PDTA potrebbe produrre un positivo impatto in termini di adeguatezza della prescrizioni con una conseguente maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, sia in termini di costo/beneficio che di tempistica di attesa, anche liberando potenzialmente risorse per indagini diagnostiche e specialistiche in quei casi talvolta più complessi o urgenti che rischiano di vedere il bisogno assistenziale non adeguatamente soddisfatto.

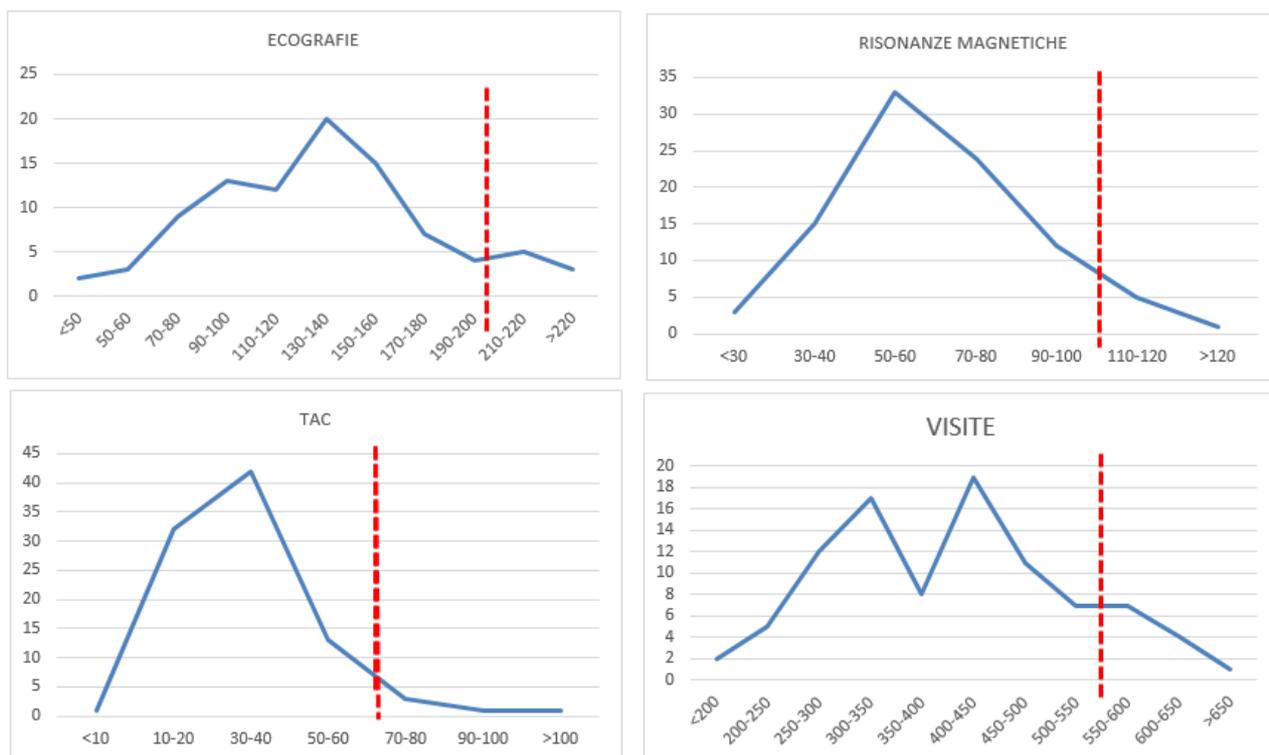
Se quindi da un lato risulta necessario reperire strumenti che permettano un adeguato sistema di rilevazione del grado di inappropriata della richiesta (vedasi incongruenza delle richieste rispetto ai RAO e al quesito diagnostico), diventa altresì prioritario vengano intrapresi virtuosi percorsi interdisciplinari ed a elevata integrazione ospedale-territorio, volti ad una maggiore condivisione delle evidenze scientifiche per successive scelte "evidence based". Infatti in un contesto in cui la capacità di offerta non può essere ampliata in modo lineare con la crescita della domanda, diventa imperativo agire sugli ambiti di appropriatezza e sull'uso consapevole delle prestazioni specialistiche.

In linea generale, un trattamento sanitario è da ritenersi "appropriato" se i potenziali benefici per il paziente superano i possibili rischi. In caso contrario, oltre a incrementi ingiustificati dei rischi (inappropriata clinica), l'inappropriata prescrittiva può implicare anche sprechi di risorse (rapporto costo/efficacia inadeguato) ed un relativo allungamento delle liste di attesa. Oltretutto va considerato come la mancata appropriatezza possa, a fronte di un sovra utilizzo, comportare anche un sottoutilizzo quando a fronte di una mancata erogazione per impossibilità di presa in carico vengono potenzialmente ritardate prestazioni altrimenti urgenti. Ovviamente a fronte di un'appropriatezza prescrittiva i sistemi sanitari dovrebbero prevedere un'appropriatezza organizzativa, per garantire adeguati volumi di prestazioni.

Se l'osservazione dei dati inerenti i tempi di attesa, sembrerebbe confermare la necessità di un rafforzamento dell'appropriatezza prescrittiva, va altrettanto considerato che difficilmente si potrebbero ottenere dei risultati degni di nota senza la collaborazione degli MMG. In tal senso, il sostegno alla loro formazione ed aggiornamento nonché un'importante integrazione ospedale-territorio appare decisiva in questa sfidante scelta operativa.

Come in ogni processo di problem solving e decision making, il monitoraggio e l'analisi delle prescrizioni ha un ruolo del tutto decisivo e cruciale se si vogliono produrre interventi mirati.

Nel corso del 2023, in collaborazione con Alisa, sono state effettuati alcuni approfondimenti sui comportamenti prescrittivi di MMG e Specialisti, in particolare sulle prestazioni a maggior criticità di tempi d'attesa e/o a maggior rischio di inappropriata prescrittiva o di prescrizione in classe di priorità non appropriata.



L'analisi della distribuzione del numero di prescrittori in base al volume standardizzato di prestazioni prescritte in un'unità di tempo (come da grafici sopra) hanno fatto individuare una quota di medici con potenziale iper-prescrizione inappropriata, con i quali è stato avviato un confronto e approfondimento.

Principali attività implementate nel corso del 2023:

- Incontri tra rappresentanti aft e direzione strategica aziendale al fine di informare i medici sulle azioni intraprese dall'azienda al fine di migliorare le attività legate ai tempi d'attesa e creare un canale con gli stessi nel caso di dubbio o ricerca di soluzione; rendere gli mmg parte attiva per il raggiungimento degli obiettivi legati all'appropriatezza prescrittiva.
- Monitoraggio delle prescrizioni attraverso l'implementazione del report sperimentale da parte di Alisa, scaricabile dal portale Poliss. Principalmente l'azione viene volta al miglioramento delle prestazioni di diagnostica strumentale complessa (TAC-RM sopra il goesimo percentile).

Principali attività previste per il 2024:

- Prosecuzione del monitoraggio dell'iper-prescrizione e dei conseguenti confronti con i prescrittori.
- Incontri tra MMG e Specialisti per la definizione condivisa di modalità prescrittiva che eviti richieste non appropriate o percorsi di diagnosi che comportino step inutili di richiesta.

Gestione dell'offerta - Organizzazione dei volumi, delle agende, dei canali di prenotazione

L'offerta di prestazioni ambulatoriali è strettamente legata a fattori organizzativi aziendali e fattori legati alla particolare "attrattività" e "logistica" di una specifica struttura erogatrice. Fondamentale l'attività di rimodulazione dell'offerta ambulatoriale e delle relative agende. Attraverso una continua collaborazione con le strutture ospedaliere e con gli specialisti vengono effettuate rimodulazioni per il recupero dei tempi d'attesa. L'offerta collettiva del sistema è definita dall'azienda attraverso la programmazione delle prestazioni erogabili, programmati al fine di quantificare prime visite, primi esami e controlli, sia nel pubblico che nel privato accreditato, in risposta ai fabbisogni previsti. Con l'ottica di garantire l'equità, per i nuovi posti messi a disposizione vengono contattati gli utenti già prenotati che hanno accettato la prima disponibilità sforando i tempi d'attesa.

Per la definizione dei volumi di offerta che consentano di garantire la risposta alla domanda entro tempi definiti, diventa di fondamentale importanza l'integrità e la fruibilità per le aziende dei dati di prescrizione elettronica, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo. Per facilitare le aziende nella lettura di tali dati sono resi disponibili da parte di regione Liguria, appositi report di monitoraggio dei volumi prescritti, al fine di confrontarli con i volumi prenotati ed i volumi erogati. Tale analisi dovrà esser svolta in modo sistematico nel contesto aziendale. L'Azienda si impegna, a porre in essere le necessarie azioni per il governo dei tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, nel rispetto dei codici di priorità definiti, rimodulando l'offerta tenuto conto delle risorse disponibili.

Separazione dei flussi di accesso

La possibilità per il sistema aziendale di assicurare nei tempi necessari l'accesso alle prestazioni è fortemente connessa alla capacità dello stesso di definire, in termini di dimensionamento e varietà, il fabbisogno dei propri assistiti, e dunque la domanda, unita ad una gestione della propria offerta che sia in grado di diversificare i canali di accessibilità in misura tale da adempiere alle diverse espressioni della domanda.

In tal senso risulta indispensabile la separazione dei primi accessi da quelli successivi; in particolare per quanto riguarda l'attività clinica è fondamentale distinguere tra:

- **prima visita/primo esame diagnostico:** il problema clinico primario del paziente viene preso in carico per la prima volta; si genera appropriata documentazione clinica e viene definito un eventuale piano diagnostico-terapeutico. In tale categoria viene inclusa altresì la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un'evoluzione imprevista della malattia.
- **visita di controllo/esame di controllo:** una difficoltà clinica già inquadrata dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) che necessita di

rivalutazione e la documentazione esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione di tale visita occorre sia indicato nella prescrizione medica.

Per tale motivo diviene necessario il sempre puntuale inserimento in prescrizione di:

- Identificazione della classe di priorità;
- Identificazione del quesito diagnostico;
- Per le visite la corretta identificazione tra prima visita e seconde visite (di controllo).

Le prescrizioni che prevedono il codice di priorità P, che si riferisce solitamente ad una specifica area della domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale, raccolgono differenti tipologie di prestazioni, che devono essere individuate e gestite con canali separati di offerta:

- 1) prestazioni di primo accesso, quindi scaturite da un problema clinico emergente e legate ad un quesito diagnostico esplicitato, che devono essere appropriatamente programmate in un arco di tempo più ampio, ma definito, in conseguenza di una precisa valutazione clinica del prescrittore;
- 2) prestazioni diagnostico-strumentali orientate al controllo dello stato di salute in un'ottica di cultura preventiva individuale, anche di primo accesso, non organizzate in programmi di prevenzione, supportate da relative linee-guida;
- 3) prestazioni di controllo o di follow-up nell'ambito di una presa in carico di paziente con patologia cronica o il cui percorso diagnostico-terapeutico preveda la rivalutazione clinica e/o strumentale in tempi definiti.

Per tale ultima tipologia l'azienda ha l'obiettivo di creare per la maggior parte delle branche, percorsi dedicati, finalizzati ad una piena presa in carico immediata del paziente attraverso la creazione di agende dedicate per il follow-up del paziente. Il percorso deve prevedere che lo specialista, finita la valutazione clinica del primo accesso del paziente, possa definire il follow-up in termini di tempo e pertanto prenotare direttamente il controllo del paziente, che uscito dall'ambulatorio avrà già definito i successivi appuntamenti. Tale attività già presente in alcuni percorsi di particolare significatività clinica, dovrà essere progressivamente ampliata all'intero sistema.

Canali di prenotazione e di pagamento.

L'utenza ha a disposizione diversi canali di prenotazione e di disdetta:

- Cup Regionale: chiamando il numero verde (dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 escluso i festivi);
- Via Web, attraverso la piattaforma "Prenota Salute";
- Cup aziendale (presso gli sportelli di Chiavari, Rapallo, Sestri Levante e Cicagna; dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 13.00 escluso i festivi);
- Prenotazione tramite farmacie convenzionate;
- Prenotazione in studi medici

Con l'introduzione del numero verde regionale e della piattaforma "Prenota Salute", è stata resa disponibile per il cittadino l'informazione sull'intera offerta in riferimento ad ogni Asl sul territorio ligure nell'arco dell'intera giornata senza dover raggiungere fisicamente i CUP aziendali, favorendo nell'ultimo anno una maggior mobilità dei cittadini sui diversi territori in funzione di una offerta con tempi minori, comportando dei fenomeni di migrazione che possono, in alcune situazioni, influire in modo significativo sull'equilibrio domanda-offerta. Diviene quindi necessario un monitoraggio periodico di questi flussi (sia in uscita che in entrata) per valutazioni sull'adeguamento dell'offerta.

L'utente prenotato ha la possibilità di pagamento del Ticket attraverso PagoPA o totem aziendali.

Chiusura e Sospensione dell'erogazione

In ottemperanza alle disposizioni nazionali e regionali, non possono essere previste le "chiusure d'agenda", se non nei casi specificatamente normati. L'azienda ha fornito alle strutture eroganti interne, indicazioni in merito alle misure adottate in caso di temporanea sospensione dell'attività di specialistica ambulatoriale causata da forza maggiore.

Le agende hanno un'apertura di almeno 12 mesi per alcune specializzazioni arrivando a 24 mesi per la parte ospedaliera; su richiesta della UO/Servizio che eroga la prestazione, previa valutazione sull'impatto dell'offerta e dell'organizzazione, modificati i Piani di Lavoro, in funzione dell'organizzazione interna.

Il drop-out

Con il termine "drop-out" si intende la mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta. Con l'obiettivo di permettere che le risorse non vengano sprecate, l'azienda si è mossa anche sul versante comunicativo, aggiornando la cartellonistica volta ad informare gli utenti sui diversi canali di disdetta; ciò permette di ridurre (non eliminare) il fenomeno del drop out e permette di mettere in "ricircolo" la disponibilità

A tal fine è programmata in Asl4 la massima estensione del recall automatizzato con servizi di messaggistica quale promemoria sempre consultabile da parte degli utenti sul proprio dispositivo. Si precisa che tale funzionalità è già stata implementata nella maggior parte di agende e particolare attenzione verrà posta in essere per lo sviluppo di servizi telematici quali mail, sms, etc. dedicati alla disdetta delle prestazioni.

Per agevolare il cittadino che intende disdire una prenotazione entro i termini previsti, si mettono a disposizione i diversi canali: sportello cup, farmacie, call center e l'utilizzo della piattaforma web. La volontà, è quella di valutare la fattibilità di implementare le attività di remind con ulteriori strumenti.

Il monitoraggio dei volumi di drop-out deve essere implementato fino ad essere automatizzato, permettendo di individuare le prestazioni su cui concentrare le azioni di miglioramento. Nel corso

del 2023 si è attivato un primo processo di monitoraggio, che ha fatto emergere situazioni critiche che nel 2024 saranno oggetto di approfondimento, in particolare per il livello di drop out rilevato sulle prescrizioni con classe di priorità P.

Principali attività implementate nel corso del 2023: *Esito delle attività DGR 1/2023*

La delibera regionale ha permesso, attraverso manifestazione di interesse rivolta agli erogatori del privato accreditato, l'acquisto di volumi di prestazioni radiologiche volte a supportare la risposta alla domanda crescente.

Asl3 e Asl4 hanno negoziato per una distribuzione delle prestazioni al fine di garantire la prenotabilità alla propria utenza e si è convenuto per asl4 di "riservare" il 20% del lotto;

Da subito (attuazione operativa della delibera in data 15 febbraio) ASL4 per la ridurre effettivamente i tda, ha attuato le seguenti azioni operative:

- Apertura delle agende con prenotazione riservata ai soli utenti residenti in Asl4 e, solo in caso di mancato utilizzo degli spazi in agenda, riciclo per tutte le Asl.
- Chiamata all'utenza prenotata per Tac e Rm oltre i tempi soglia, per proporre anticipazione dell'appuntamento (la scelta di Tac e Rm è stata dettata dai tempi d'attesa dove sono maggiormente critici);
- Conversione degli Rx (unico istituto accreditato sul territorio) in Moc, la cui erogazione è stata rimandata/sospesa in azienda, collocando circa 1200 prestazioni dando la priorità nella ricollocazione dell'utenza che era in sospeso; per la parte non saturata si è provveduto all'apertura della prenotazione a Cup regionale, con priorità su utenti residenti in Asl4;
- Conversione di Eco in Ecodoppler Cardiaca e Sopraortica con alcuni istituti, anticipando l'utenza già prenotata fuori dai tempi.

Principali attività previste per il 2024:

- Prosecuzione del monitoraggio dei disequilibri domanda-offerta e individuazione/ implementazione delle azioni di miglioramento;
- Attuazione della programmazione ed erogazione delle prestazioni oggetto della nuova manifestazione di interesse per l'acquisizione di prestazioni dal privato accreditato

Gestione della comunicazione - Informazione e formazione

Informazione - La trasparenza

Il fine di una corretta comunicazione e informazione agli utenti sulle liste di attesa, nei siti aziendali devono essere presenti sezioni dedicate ed accessibili contenenti anche i monitoraggi periodici sui tempi di attesa per tutte le prestazioni previste dal presente Piano. I contenuti da rendere disponibili ai cittadini (dettaglio territoriale, metodologia di calcolo, indicatori specifici) sono individuati dall'Osservatorio regionale sulle liste di attesa. Inoltre la comunicazione alla cittadinanza va sostenuta attraverso vari strumenti tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato.

Devono essere rese facilmente fruibili le informazioni e le comunicazioni sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, così come le indicazioni sui diritti e doveri, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.

I sistemi di prenotazione inoltre devono garantire la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate.

Anche per quanto riguarda i percorsi organizzativi di presa in carico (PDTA), devono essere previste specifiche modalità di comunicazione ed informazione per l'utente ed i familiari circa i percorsi attivi, le prestazioni di cui sono composti e le tempistiche di erogazione.

Infine, anche le eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni legate a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi devono essere oggetto di confronto ed individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute.

La trasparenza da parte dell'azienda è garantita attraverso la pubblicazione mensile sul proprio sito web degli esiti di verifica del rispetto dei tempi massimi previsti. In particolare all'indirizzo <https://www.asl4.liguria.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/liste-dattesa/> sono già presenti dashboard per i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali che contengono analisi per prestazione che per ambito territoriale di riferimento.

Formazione – Gli operatori

Diversi i settori in cui sviluppare la formazione per gli operatori.

Prescrittori: la comunicazione e la condivisione dell'informazione deve essere al centro dell'attività operativa del piano, di tipo normativo e organizzativo, che le variazioni inerenti le prescrizioni e l'accesso vengono condivise con specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, PLS, attraverso incontri periodici con MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali ed Ospedalieri, in modo da avere occasioni di discussione e di confronto per approfondire tematiche quali l'appropriatezza ed i RAO.

Sistemi di Prenotazione: per garantire il costante aggiornamento e supporto degli operatori, l'Azienda programma le seguenti attività:

- Incontri periodici con coordinatori dei referenti degli sportello aziendali di prenotazione, per la gestione di problematiche sia di tipo quotidiano sia di nuovi percorsi;
- Programmazione di incontri con gli operatori delle farmacie e con i rappresentanti delle farmacie per la gestione delle criticità e casistiche particolari.

Attuazione del Piano - Attori del processo e Azioni

Il presente documento si applica a tutte le articolazioni aziendali in cui è organizzata l'Asl4. In particolare vengono individuati all'interno dell'organizzazione aziendale i seguenti attori coinvolti nel processo di gestione delle liste d'attesa:

Il processo di gestione delle liste d'attesa si sviluppa su tre livelli decisionali:

- **STRATEGICO (LS):** nel quale vengono definite la pianificazione dell'offerta nel medio periodo (indicativamente annuale con verifiche trimestrali/mensili), in funzione di quanto noto sulla domanda, sugli obiettivi (nazionali/regionali) così da poter definire eventuali modifiche di assetto organizzativo e di risorse volte a supportare le decisioni;
- **DI COORDINAMENTO (LC):** nel quale, a fronte degli input del livello strategico, viene definito il governo dell'offerta nel medio periodo (trimestrale con verifiche mensili/settimanale), in funzione di quanto noto sulla domanda, sugli obiettivi declinati dal livello strategico e sulle risorse considerate come vincolo, vengono altresì effettuate valutazioni sull'appropriatezza e definite le azioni di miglioramento;
- **OPERATIVO (LO):** nel quale vengono implementate ottimizzazioni dell'offerta nel breve periodo (mensile con verifiche settimanali/giornaliere) per effetto di informazioni desumibili dal monitoraggio di trend di breve periodo, oltre ad attivare le azioni di miglioramento definite a seguito del monitoraggio sull'appropriatezza.

Vengono quindi definiti, nel passaggio top-down dal livello strategico a quello di coordinamento ed operativo, nonché nella gestione dei feedback bottom-up: gli obiettivi aziendali, le modalità per applicare tali obiettivi ai diversi livelli assistenziali dell'organizzazione aziendale, individuando le responsabilità, modalità e tempistiche di risposta, monitoraggio e aggiornamento delle azioni, valutazione e impatto sulla organizzazione nonché sulla capacità erogativa della stessa.

Sono individuati quali attori del processo di gestione delle liste d'attesa:

- il Direttore Generale;
- la Direzione Strategica (supportata dal Collegio di Direzione);
- il Responsabile della gestione delle liste d'attesa ambulatoriali;
- il Responsabile della gestione dell'appropriatezza della prescrizione e dell'accesso;
- le Unità Operative e i Servizi eroganti le prestazioni;
- i Prescrittori;
- i Distretti, la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e le Professioni Sanitarie (supporto alla organizzazione);
- i Sistemi Informativi Aziendali e il Centro Direzionale di Controllo (supporto ai sistemi di prenotazione ed al monitoraggio);
- le Unità Operative ed i Servizi di supporto sanitari e organizzativo/amministrativi;

- l'URP e la Comunicazione (supporto alla gestione della comunicazione e dell'informazione, oltre che alle attività di accettazione CUP e di risposta alle segnalazioni URP);
- la Formazione (supporto alla gestione della formazione degli operatori – prescrittori ed erogatori).

Gestione del processo Outpatient

Il piano, principalmente orientato alla organizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale si declina in diversi Task, di seguito sintetizzati e illustrati nel cronoprogramma:

- Task01 - LS:** individuazione formale del livello di coordinamento e del livello operativo (Responsabile/ Referente/ Gruppo di lavoro) da parte del livello strategico;
- Task02 - LC:** strutturazione da parte del livello di coordinamento (sentito livello strategico e livello operativo) di un set di analisi dei dati da rendere disponibili e fruibili ai vari livelli della programmazione (domanda/offerta/risorse);
- Task03 - LC:** studio dello stato AS IS da parte del livello di coordinamento, definizione di algoritmi di analisi dei dati e di individuazione delle potenziali azioni di miglioramento nelle situazioni non a target secondo i diversi livelli di programmazione (strategico, tattico e operativo) e di garanzia (classi di priorità per i primi accessi, disponibilità per i controlli), implementazione di strumenti di analisi condivisi;
- Task04 – LS/LC:** studio dello stato AS IS da parte del livello strategico supportato dal livello di coordinamento, per individuare le azioni di miglioramento nelle situazioni strutturalmente non a target che possono essere gestite solamente con un cambio organizzativo e/o con nuove risorse, definizione del livello programmatico dell'anno, il TO BE a cui tendere per l'anno in termini di volumi e delle eventuali risorse aggiuntive (in termini di aumento di dipendenti, liberi professionisti, specialisti ambulatoriali o di risorse per l'incentivazione del personale, in termini di attrezzature e spazi);
- Task05 – LS/LC:** programmazione annuale dei volumi, monitoraggio mensile/trimestrale dell'offerta degli erogatori privati convenzionati e dei livelli di rispetto dei TA, modulazione dell'acquisto per far fronte a criticità di tipo strutturale e/o non strutturale; gestione di eventuali attività aggiuntive previste da specifici atti regionali di recupero liste d'attesa;
- Task06 – LS/LC:** programmazione annuale dei volumi di prestazioni erogate dagli specialisti ambulatoriali, ricerca di AAA (accordi aggiuntivi aziendali) specifici per facilitare la complementarietà aziendale tra ospedale e territorio;
- Task07 - LC:** studio da parte del livello di coordinamento per individuare le priorità con cui affrontare le azioni di miglioramento nelle situazioni strutturalmente non a target che non sono gestite al Task04;
- Task08 - LO:** studio da parte del livello operativo in collaborazione con il livello di coordinamento per individuare e gestire le azioni correttive nelle situazioni non strutturali non a target (no

gestite nei Task04 e Task05); definizione della istruzione operativa per la definizione di ruoli, prestazioni e azioni per gestione delle singole prenotazioni non a target;

-**Task09 - LO:** monitoraggio giornaliero del livello operativo per individuare e gestire le azioni correttive nelle situazioni puntuali non a target attuazione di quanto previsto nella istruzione operativa per la gestione delle singole prenotazioni non a target;

-**Task10 – LC/LO:** monitoraggio settimanale/mensile del livello di coordinamento per individuare gli impatti delle azioni correttive e di eventuali criticità emergenti anche in base ai feedback del livello operativo, o di situazioni di mancata saturazione risorse;

-**Task11 - LC:** attivazione, partecipazione e coordinamento da parte del livello di coordinamento dei follow-up di percorsi di miglioramento già implementati;

- **Task12 – LC/LO:** monitoraggio mensile/trimestrale del livello strategico per individuare gli impatti delle azioni correttive e di eventuali criticità emergenti anche in base ai feedback del livello di coordinamento;

-**Task13 – LC/LO:** monitoraggio mensile/trimestrale dell’offerta per individuare azioni di miglioramento (es. agende non saturate, ripetute, drop-out) anche in base ai feedback del livello operativo, individuazione e attuazione delle contromisure, rimodulazione di agende e divisione tra classi di priorità;

-**Task14 – LC:** studio di andamenti periodici (settimanali, stagionali) per migliorare il sistema predittivo della domanda e adeguare l’offerta ad eventuali andamenti prevedibili;

-**Task15 – LC/LO:** analisi a campione volte a individuare caratteristiche prescrittive anomale, in particolare per la gestione di follow-up programmabili anche con ampio anticipo;

-**Task16 – LS/LC:** analisi a campione volte a supportare l’applicazione dei RAO;

-**Task17 – LC/LO:** analisi a campione volte a supportare azioni di prevenzione del drop-out e individuazione di canali diversificati di “REMIND” per i pazienti;

-**Task18 – LS/LC:** programmazione delle attività di comunicazione vs la popolazione e di formazione vs gli operatori, al fine di supportare corretti comportamenti nelle fasi di prescrizione, prenotazione, disdetta ecc.;

-**Task19 – LS/LO:** programmazione e gestione delle sospensioni di attività (per motivi organizzativi, periodo estivo ecc.) secondo le indicazioni regionali; attuazione sistematica delle indicazioni regionali in tema di intervalli minimi di apertura agende.

-**Task20 – LC/LO:** revisione, in collaborazione con le articolazioni eroganti, delle agende attivate ma che risultano non utilizzate (in particolare le agende destinate a percorsi di follow-up, o a percorsi prioritari).

Monitoraggio del Piano – Dati disponibili e indicatori di monitoraggio

Sono individuate le seguenti fonti dati, utili a fornire i dati di monitoraggio:

1. DOMANDA ESPRESSA (FLUSSO DELLE PRENOTAZIONI – GIA' ESISTENTE): differenziando l'analisi nelle classi di priorità di primo accesso (U-B-D) diviene quindi necessario lo studio della domanda espressa in termini di analisi dell'andamento medio e dei picchi:
 - TREND DEGLI ULTIMI MESI
 - TREND NEI GIORNI DELLA SETTIMANA

per singola prestazione e nel dettaglio per singola sede, al fine di desumere (in base ai picchi di domanda o dei momenti in cui si prenota oltre soglia) le prestazioni che hanno fatto rilevare maggior criticità (ma anche le prestazioni per le quali non avendo mai rilevato tensioni domanda/offerta, potrebbe essere presente una offerta sovradimensionata).

2. DOMANDA INESPRESSA (FLUSSO PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE): Anche se non sono disponibili dati sulla domanda che non trova risposta nelle agende aziendali (per rinuncia, per migrazione, per ricorso a prestazioni non SSN), è possibile effettuare una valutazione sulla domanda inespressa, utilizzando i dati delle prescrizioni dematerializzate confrontate con la prenotazione rilevata. A questo si abbinano anche analisi periodiche delle fughe.
3. OFFERTA SATURATA (da costruire in modo sistematizzato): in parallelo l'analisi dell'offerta deve attuarsi secondo due filoni distinti: analisi della struttura delle agende attualmente attive ed analisi delle risorse disponibili per l'effettiva erogazione di prestazioni (principalmente professionisti, attrezzature, spazi).
4. OFFERTA NON SATURATA (AGENDE VUOTE): analisi delle agende vuote e del drop out, di slot troppo corti o di agende ripetute deve far valutare possibili azioni per migliorare la saturazione (dal recall alla revisione della programmazione) compreso l'efficiente utilizzo di apparecchiature e spazi. A questa si abbinano analisi periodiche dell'attrattività.
5. CONFRONTO TRA DATI EX-ANTE ED EX-POST – BENCHMARK REGIONALI

I principali indicatori di monitoraggio del piano sono individuati in:

- VOLUMI ATTIVITA' EROGATE - % DI VOLUME PER CLASSE DI PRIORITA
- % PRESTAZIONI EROGATE ENTRO TEMPO SOGLIA PER CLASSE DI PRIORITA (target atteso aumento rispetto all'anno precedente – obiettivo a regime > 90% per classi di priorità B e D)
- TEMPO MEDIANO DI ATTESA PER PRESTAZIONI OLTRE SOGLIA PER CLASSE DI PRIORITA' (target atteso riduzione rispetto all'anno precedente)
- VOLUMI ATTIVITA' SOSPESA

Normativa di riferimento

Normativa Nazionale

Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 (Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019) che sostituisce il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012;

Legge 23 dicembre 2005, n. 266 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)”, articolo 1, comma 282;

Legge 23 dicembre 1994, n.724 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” articolo 3, comma 8.

Normativa Regionale

Deliberazione della Giunta regionale n.397 del 17/05/2019 “Recepimento dell’intesa Stato/Regioni del 21.2.2019 (rep. Atti n.28/CSR) sul piano nazionale di governo delle liste d’attesa per triennio 2019/2021, di cui all’articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n.266”

Deliberazione della Giunta regionale n. 1105 del 09/12/2019 “Piano di governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021. Attuazione.”

Deliberazione A.Li.Sa. n. 343 del 15/11/2022 “Costituzione gruppo di lavoro monitoraggio dell’appropriatezza delle prescrizioni di Specialistica Ambulatoriale”.

Deliberazione della Giunta regionale n.1 del 09/01/2023 “DGR n. 393 del 6 maggio – potenziamento dell’offerta di prestazioni di diagnostica per immagini ai fini del contenimento dei tempi d’attesa. Deliberazione A.Li.Sa. n. 277/2022 Esito e adempimenti conseguenti”.

Nota protocollo Regione Liguria- Assessore alla Sanità prot.2023-0322563 del 03/04/2023 “Gestione Agende per prenotazioni specialistica ambulatoriale”.