



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

Oggetto: Approvazione “Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2025-2027 - Regione Calabria”.

Codice Proposta: 93265

N°. 42 DEL 27/02/2026

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

Il Dirigente responsabile, previo controllo degli atti richiamati, attestano la regolarità amministrativa nonché la legittimità del decreto e la sua conformità alle disposizioni di legge e di regolamento comunitarie, nazionali e regionali.

Sottoscritto dal Direttore di Dipartimento
Dott ESPOSITO ERNESTO
(con firma digitale)

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2025, acquisita al protocollo con n. 838201 del 4 novembre 2025, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ferma restando la procedura in corso di cui al secondo e terzo periodo del medesimo articolo 2, comma 88;

VISTA la suddetta delibera del Consiglio dei Ministri con la quale si sono confermati i contenuti del mandato commissariale affidato con la deliberazione del 4 novembre 2021, come integrato con deliberazione del 23 dicembre 2021;

VISTO il DCA n. 88 del 23/05/2019 - Recepimento Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 concernente "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266" - Adozione di piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA);

VISTA la nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri prot. DAR 002435 P-4. 37.2.10 dell'11 febbraio 2025, recante "Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2023, n.131, tra il Governo e le Regioni PP./AA. 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";

VISTO il Dossier *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*;

PRESO ATTO che la summenzionata Intesa al punto 1. dell'art. 2 dispone che "Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente decreto di adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e dei relativi Allegati, acquisita la previa Intesa, le regioni e le province autonome adottano i propri Piani Regionali di Governo delle Liste d'attesa, prevedendone l'aggiornamento annuale ai sensi dell'articolo 2, comma 5, del decreto legge n.73/2024, convertito con modificazioni dalla legge n. 107/2024.";

VISTO che tale norma reca "misure urgenti per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie";

VISTO il DCA n. 312 del 02 dicembre 2025 con il quale è stato individuato il nuovo Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS);

DATO ATTO che a seguito delle indicazioni fornite dall'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, istituita con DCA n. 290 del 03/10/2024, il RUAS, ha predisposto l'Allegato documento recante "Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2025-2027 - Regione Calabria" (ALLEGATO 1) acquisito con Prot. N. 168466 del 27 febbraio 2026;

RILEVATO che il suddetto Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2025-2027 della Regione Calabria:

- recepisce le indicazioni e le finalità del PNGLA 2025-2027;
- definisce le linee di intervento per il governo della domanda e dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di ricovero e i monitoraggi da implementare;
- traccia i contenuti dei Piani Aziendali, da adottare entro **45** giorni dall'entrata in vigore del presente

PRGLA 2025-2027;

- disegna una filiera dedicata costituita da RUAS e RULA aziendali;

RITENUTO di:

- adottare il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2025–2027 della Regione Calabria, in puntuale attuazione della richiamata Intesa, disponendo che esso sostituisca integralmente il Piano precedentemente approvato con DCA n. 88 del 23/05/2019;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

DECRETA

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE il documento recante “Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2025-2027 - Regione Calabria” (ALLEGATO 1).

DI DEMANDARE al Dipartimento Salute e Servizi Sanitari il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati.

DI INCARICARE le Aziende del SSR della Regione Calabria di adottare, **entro il termine di 45 giorni** dall'approvazione del presente provvedimento, il Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa trasmettendolo al Dipartimento per la Salute e dei Servizi Sanitari.

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro".

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi 4 della legge Regionale 6 aprile 2011, n.11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Avverso il presente provvedimento è possibile presentare ricorso nelle sedi giudiziarie competenti entro il termine previsto dalla legislazione vigente e decorrente dalla data di pubblicazione sul BURC

**Il Commissario
ROBERTO OCCHIUTO**

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

DIPARTIMENTO SALUTE E SERVIZI SANITARI

Il responsabile del procedimento.)

ERNESTO ESPOSITO

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i)

Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa PRGLA 2025 - 2027



REGIONE CALABRIA

Premessa al PRGLA 2025-2027	3
1. Introduzione e riferimenti normativi PRGLA 2025-2027	5
2. Dimensioni del piano operativo	8
2.0 Indicazioni generali	8
2.1 Prestazioni di specialistica ambulatoriale	9
2.1.1 Interventi di governo della domanda	12
2.1.1.1 RAO	12
2.1.1.2 Appropriata prescrizione	12
2.1.1.3 Prescrizione e percorsi del paziente	14
2.1.1.4 Accertamenti ripetuti	14
2.1.1.5 Tassi di utilizzo specifico	15
2.1.2 Interventi di governo dell'offerta	15
2.1.2.1 Individuazione ambiti territoriali di garanzia	15
2.1.2.2 Agende di prenotazione	16
2.1.2.3 Rapporto fra attività libero professionale intramuraria e attività istituzionale	17
2.1.2.4 Percorsi di Tutela	17
2.1.3 Incremento della disponibilità e dell'offerta	18
2.1.3.1 Pieno utilizzo delle prestazioni	18
2.1.3.2 Recall e disdetta	19
2.1.3.3 Incremento della produzione	20
2.2 Prestazioni di ricovero programmate e prestazioni chirurgiche ambulatoriali organizzativamente complesse	20
2.2.1 Convocazione al ricovero: scelta della data, gestione del rifiuto e corretta manutenzione della lista	24
2.2.2 Linee di intervento per il governo della domanda	25
2.2.2.1 Inserimento in lista di attesa	26
2.2.2.2 Pulizia delle liste	27
2.2.3 Linee di intervento per il Governo dell'offerta	28
2.2.3.1 Tempo massimo di attesa, qualità dell'assistenza e percorsi di tutela	28
2.2.3.2 Percorsi di tutela e tempo massimo di attesa	29
2.2.3.3 Percorsi di tutela e qualità dell'assistenza ospedaliera	30
2.2.3.4 Incremento dei livelli di produzione	30
2.2.3.5 Informazioni da fornire al paziente	31
2.2.4 Incremento della produzione	32
3. Monitoraggi e debiti informativi nazionali	34
4. Comunicazione	35

Premessa al PRGLA 2025-2027

Il presente Piano tiene in considerazione il lavoro che Ministero e Regioni hanno sviluppato per la predisposizione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2025-2027 di prossima approvazione. Questo per fare in modo di predisporre il Piano Regionale tempestivamente senza correre, di converso, il rischio di non essere adeguatamente aggiornati rispetto alla nuova impostazione che emerge dai lavori suddetti.

Le principali linee di innovazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2025-2027 discendono sia da un mutato contesto normativo, Decreto-legge n. 73/2024 recante Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie convertito in Legge il 24.07.2024 (Legge 107/2024), sia dalla valutazione di risultati ed esperienze maturati nel corso del periodo di vigenza del precedente PNGLA.

L'obiettivo del presente piano è quello di creare un vero Sistema Regionale di Governo delle Liste d'Attesa della Calabria (SiRGLAC).

Per muoversi in questa direzione SiRGLAC aggrega trasversalmente tutte le strutture regionali coinvolte nel governo delle liste d'attesa, ovvero, il Commissario di Governo per il Piano di Rientro della Regione Calabria, Il Dipartimento Regionale Salute e Servizi Sanitari e l'Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero, insieme alle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere. Il SiRGLAC dovrà garantire le funzioni di governo delle liste d'attesa tramite il PRGLA.

Le principali azioni di governo che dovranno essere garantite tramite il PRGLA sono:

- a) analisi della domanda di prestazioni e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa;
- b) analisi del fabbisogno di prestazioni;
- c) definizione del sistema di offerta dei servizi sanitari necessario per garantire una risposta adeguata ai bisogni assistenziali dei cittadini nonché integrazione delle reti di offerta anche attraverso la Piattaforma Nazionale di Telemedicina di cui alla missione 6 del PNRR;
- d) monitoraggio del rispetto delle condizioni di offerta dei servizi sanitari e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, nonché l'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- e) la definizione di Linee di indirizzo regionali, in linea con le eventuali Linee di indirizzo Nazionali, rivolte alle Aziende del SSR ed agli erogatori privati accreditati, finalizzate a garantire il rispetto dei tempi di attesa con interventi relativi a tutta la filiera, dalla prescrizione all'erogazione.

Al fine di garantire una maggiore coesione tra i livelli di governo nazionale e regionale in materia di liste e tempi di attesa, l'articolo 2 comma 1 del decreto-legge n. 73/2024 istituisce presso il Ministero della Salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, con la precipua finalità di



verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle liste di prenotazione e instaurare una collaborazione sistematica e sinergica in tema di qualità, accessibilità ed equità dell'assistenza. In particolare, l'Organismo collabora con le Regioni e PPAA attraverso la figura del Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS), come previsto dall'art. 2 del DL 73/2024. Il RUAS, con cadenza trimestrale, redige e invia all'Organismo un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere secondo modalità condivise con i livelli di coordinamento del SiRGLAC. Il RUAS procede, altresì, alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.



1. Introduzione e riferimenti normativi PRGLA 2025-2027

Le principali fonti normative alla base del presente PRGLA sono:

- Decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, recante *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa 2019- 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019);
- Decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;
- 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”*;
- DCA n. 345 del 07 novembre 2024 recante *“Riparto fondi liste di attesa ai sensi del Decreto-Legge 29 dicembre 2022, n. 198 convertito con modificazione dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14 Art. 4, commi 9-septies e 9-octies, del Decreto-Legge n.34 del 2023, art. 11, comma 1 e della Legge 30 dicembre 2023, n. 213, art. 1 commi 218-222 e commi 232-233”*;
- Legge 30 dicembre 2024 n. 207, contenente il *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027”* - Supplemento Ordinario n. 43, della Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31 dicembre 2024.
- Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) Ambulatoriali ai sensi dell'art.8 del D. Lgs. n°502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni – Triennio 2019-2021 *“Art.4 – Obiettivi Prioritari di Politica Sanitaria Nazionale comma 1, lettera D) Governo delle Liste d'attesa e Appropriatezza”* – *“Art.41 Programmi e Progetti Finalizzati”*.



Con il presente PRGLA 2025-2027 vengono introdotte linee di attività che sono innovative per:

- Il **governo della domanda**, con particolare riferimento all'analisi del fabbisogno e dei fenomeni di mobilità passiva extraregionale;
- La garanzia dell'**appropriatezza prescrittiva**, con un ruolo centrale della verifica del livello di applicazione delle indicazioni in materia di appropriatezza di cui al DPCM 12 gennaio 2017, l'utilizzo di strumenti di incremento del livello di appropriatezza mediati da altre realtà nazionali o internazionali, con la finalità di migliorare la sostenibilità ed evitare accertamenti non indicati e, come tali, potenzialmente pericolosi per i cittadini. Sarà inoltre richiesto ai prescrittori di adottare i criteri di appropriatezza dell'attesa contenuti nel Manuale RAO, già approvato con il precedente PRGLA, prevedendone l'aggiornamento quando una nuova versione sarà resa disponibile dal livello nazionale. Analogamente, per il futuro sistema RAO per i ricoveri programmati in corso di sviluppo da parte del livello nazionale;
- Un nuovo paradigma del **sistema di offerta** centrato su:
 - o nuovi strumenti di programmazione collegati all'analisi della domanda e alla tempistica delle prestazioni;
 - o utilizzo di tutti gli erogatori e di nuove tipologie erogative e di presa in carico come le farmacie dei servizi, le strutture in corso di realizzazione per il PNRR e la telemedicina;
 - o la definizione degli ambiti territoriali di garanzia, di nuove modalità di integrazione con il privato accreditato e la previsione di percorsi di tutela;
 - o nuove modalità erogative di assistenza: prestazioni a distanza sia come modello di offerta di cura (televisita, telemonitoraggio) che per l'appropriatezza prescrittiva (teleconsulto);
 - o la gestione informatizzata 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, permette di massimizzare gli *outcomes* clinici secondo il paradigma volumi/esiti di cui al DM 70/2015 e al PNE;
 - o nuovi modelli e sistemi di verifica dei tempi e delle liste d'attesa, attraverso la piattaforma regionale delle liste d'attesa (ReCUP) e quella nazionale ex DM 73/2024 che sono in grado di rendere disponibili i monitoraggi ex-ante oltre a dati comparativi, fra le diverse realtà nazionali e regionali, e nuovi sistemi di controllo sulle strutture di erogazione e sulla corretta integrazione tra quelle pubbliche e private accreditate e fra attività istituzionale e libero professionale;
 - o una nuova attenzione agli strumenti di informazione, comunicazione, trasparenza e fruibilità, utili a sviluppare e sostenere la capacità decisionale dei cittadini e la



predisposizione di un sistema di comunicazione studiato per essere efficace, diffuso, coerente con i contenuti del piano e con la promozione dei diritti della persona;

- il rafforzamento del sistema di raccolta e gestione delle segnalazioni provenienti dagli utenti sia da sistemi regionali già in essere (es. piattaforma web *Sanibook*), sia da nuovi sistemi dedicati anche ai prescrittori, incluse le segnalazioni provenienti dai sistemi nazionali e relative a disservizi, criticità di accesso alle prestazioni, tempi di attesa non coerenti con i bisogni di cura.

2. Dimensioni del piano operativo

2.0 Indicazioni generali

La riduzione dei tempi di attesa costituisce un obiettivo prioritario per la significativa e specifica ricaduta che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite dai Livelli Essenziali di Assistenza. La concreta realizzazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa mira all'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura. Pertanto, nella consapevolezza che non esistano soluzioni semplici e univoche, risulta necessario attuare azioni complesse e articolate, in grado di mettere in linea il Piano Regionale con il Piano Nazionale ed in grado di promuovere il principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinico/prescrittiva e organizzativa.

Nelle sezioni dedicate del PRGLA saranno approfondite le azioni specifiche da strutturare per l'abbattimento delle liste d'attesa rappresentate dai seguenti ambiti:

1) Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà essere orientato da specifiche priorità, sulla base di considerazioni cliniche e della consistenza delle attese, e alla definizione di strumenti efficaci di ottimizzazione dell'offerta e di monitoraggio dell'utilizzo delle prestazioni e dei tempi di attesa garantiti dalle Aziende sanitarie. Le prestazioni sulle quali agire prioritariamente sono quelle ricomprese nel monitoraggio nazionale, che riguardano gli aspetti più rilevanti in tale ambito, per le quali se in classe "B" o "D" il 90% delle prestazioni dovrà essere erogato nei tempi previsti. A livello regionale o locale ulteriori priorità dovranno tener conto delle specifiche criticità.

2) Prestazioni di ricovero

Il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato è incentrato prevalentemente sui ricoveri chirurgici. Al fine di garantire il rispetto dei tempi previsti per le diverse classi di priorità verranno sviluppati strumenti di prenotazione informatizzata, anche con la finalità di permettere la corretta programmazione delle risorse chirurgiche e il monitoraggio trasparente ed omogeneo dei tempi per intervento chirurgico. Anche per i ricoveri programmati, le tipologie interessate dal monitoraggio nazionale saranno oggetto di attenzione prioritaria con l'obiettivo di garantire che in almeno il 90% dei casi i tempi fissati a livello nazionale siano garantiti.

3) Governo delle liste di attesa



Necessita, per realizzarsi, di una filiera di riferimento dedicata: in _____ gra alla individuazione del RUAS regionale, ogni Azienda sanitaria dovrà individuare una figura di responsabile delle liste di attesa (RULA) entro il 2025. Tale figura, che potrà anche coincidere con il Direttore Sanitario, dovrà monitorare la realizzazione degli interventi che i piani aziendali, in analogia al Piano Regionale, individueranno per il governo delle liste di attesa. Negli ambiti provinciali sui quali insistono più Aziende, sarà attivato un coordinamento fra i RULA aziendali e varrà redatto un unico Piano Provinciale. I RULA delle Aziende Sanitarie Provinciali avranno il compito di modulare la committenza verso il privato accreditato finalizzandola al conseguimento degli obiettivi relativi alle liste di attesa, all'inserimento di tutte le agende nel CUP, della programmazione delle attività chirurgiche con strumenti informatizzati.

2.1 Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le attese per le prestazioni di specialistica ambulatoriale rappresentano la problematica che più frequentemente interessa i cittadini. Al fine di rendere congrui i tempi di attesa con il bisogno del cittadino, da tempo le prescrizioni riportano l'attribuzione del caso ad una classe di priorità, l'indicazione della quale è obbligatoria per tutte le prestazioni diagnostiche e per le prime visite. Le classi di priorità cui fare riferimento sono le seguenti:

- **U (Urgente)** da soddisfare 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.

Al fine di attribuire la corretta classe di priorità è utile avere a riferimento le seguenti definizioni:

Classe di priorità per prestazioni di specialistica ambulatoriale	Definizione
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 del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione).
Classe D	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine)
Classe P	Prestazione che può essere programmata in arco di tempo più lungo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità (situazione dilazionabile).

Ad oggi la situazione relativa alle priorità e alle prestazioni oggetto del monitoraggio nazionale è rappresentata nella tabella seguente (dati complessivi regionali a titolo esemplificativo). I dati sono espressi in Indice di Performance, cioè la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi sul totale delle prestazioni erogate, per priorità. Non per tutte le prestazioni sono previste tutte le priorità. È a partire dall'analisi dei tempi di attesa specifici per ciascun territorio che il RULA dovrà mettere in campo le attività che di seguito si descrivono per riportare e/o mantenere i tempi di attesa entro gli standard fissati per priorità o, per quegli interventi che interesseranno il sistema nel suo complesso (come la predisposizione di strumenti informatizzati), collaborare all'applicazione locale dei medesimi.



PRESTAZIONE	Indica di				
	U	B	D	P	
VISITA NEUROLOGICA	100	100	90,32	100	
VISITA GINECOLOGICA	100	100	53,33	46,54	
VISITA CARDIOLOGICA	100	100	75	75	
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	100	96,55	22,73	85,51	
VISITA DERMATOLOGICA	100	91,38	77,78	91,98	
VISITA ENDOCRINOLOGICA	100	95,83	100	100	
VISITA FISIATRICA	100	90	100	100	
VISITA GASTROENTEROLOGICA	100	85,54	65,06	97,89	
VISITA ONCOLOGICA	100	60	100	100	
VISITA ORTOPEDICA	100	88,37	57,14	69,96	
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	100	93,86	77,33	97,88	
VISITA PNEUMOLOGICA	100	84,15	74,14	96,36	
VISITA UROLOGICA	100	81,58	33,33	73,79	
VISITA OCULISTICA COMPLESSIVA	100	94,74	100	74,41	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	100	88,89	100	51,18	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	0	100	100	53,85	
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	100	88,24	98,65	57,87	
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	0	0	0	100	
POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	0	0	0	60	
MAMMOGRAFIA BILATERALE	100	100	95,65	43,93	
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	0	100	0	0	
TAC DEL TORACE, SENZA E CON MDC	100	95	100	72,86	
TAC DELL' ADDOME SUPERIORE	0	0	0	100	
TAC DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC	100	0	0	50	
TAC DELL' ADDOME INFERIORE	0	100	0	0	
TAC DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON MDC	100	100	100	80	
TAC DELL' ADDOME COMPLETO	100	100	100	77,78	
TAC DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC	100	90	100	72,06	
TAC COLONNA CERVICALE	0	0	100	100	
TAC COLONNA DORSALE	0	0	100	100	
TAC COLONNA LOMBO SACRALE	0	0	100	0	
TAC RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC	0	100	0	50	
TAC RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC	100	0	100	80	
TAC RACHIDE LOMBARE SENZA E CON MDC	0	100	100	70	
TAC DEL BACINO	0	0	0	50	
TAC DEL CAPO, SENZA E CON MDC	0	100	100	33,33	
TAC DEL CAPO	100	100	100	60	
TAC DEL CRANIO (CAPO)	100	100	0	63,64	
TAC ENCEFALO	100	100	100	62,5	
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	100	87,5	97,67	68,03	
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA.A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA.	100	96,88	88,57	65,16	
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. BILATERALE.	100	100	88,46	59,27	
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. MONOLATERALE.	100	0	0	100	
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI.A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA.	100	100	98,21	69,45	
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	100	100	90,91	64,71	
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	100	100	100	76	
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	100	93,44	98,7	55,83	
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA ARTI INFERIORI ARTERIOSO. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica.	0	0	100	75	
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA ARTI INFERIORI VENOSO. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica.	100	0	100	50	
ECOGRAFIA GINECOLOGICA CON SONDA TRANSVAGINALE	0	100	60	90,63	
ECOGRAFIA MORFOLOGICA	0	66,67	0	92,31	
ECOGRAFIA OSTETRICA CON SONDA TRANSVAGINALE	0	100	0	0	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	100	75	75	78,57	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON MDC	100	73,68	81,82	44,12	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON MDC	0	0	0	100	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	0	66,67	100	60	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	100	75	100	40	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON MDC	100	75	100	42,86	
SPIROMETRIA SEMPLICE	100	70,59	100	94,12	
SPIROMETRIA GLOBALE	100	60	64,71	95,59	
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	100	100	85,19	33,06	
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	100	100	94,12	51,61	
ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	0	0	100	94,44	
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	100	50	100	97,37	
ELETTROCARDIOGRAMMA	100	100	100	100	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. ANALISI QUALITATIVA FINO A 6 MUSCOLI.	100	87,5	54,55	76,45	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE FINO A 4 MUSCOLI. ANALISI QUALITATIVA.	100	86,67	33,33	76,95	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. ANALISI QUALITATIVA. FINO A 4 MUSCOLI	0	0	0	66,67	
FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	0	0	100	91,67	
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	100	90,2	94,2	100	

2.1.1 Interventi di governo della domanda

2.1.1.1 RAO

Già il Piano Regionale 2019/2021 ha approvato l'allegato al Piano Nazionale Gestione Liste di Attesa 2019-2021 che definisce i RAO, ossia le indicazioni dei sospetti diagnostici che, per determinate prestazioni specialistiche, devono portare all'inserimento della prescrizione nei diversi livelli di priorità. Uno dei pregi dello strumento è dato dall'aver sempre previsto che un 10% delle prescrizioni afferente ai livelli di maggior priorità possa non corrispondere ai sospetti diagnostici definiti, in modo da lasciare un margine di flessibilità clinica al prescrittore. Lo strumento non ricomprende, al momento, tutti gli accertamenti diagnostici.

Lo strumento RAO è in corso di revisione, ma questa non riguarderà la struttura complessiva, pertanto, già da subito dovranno essere avviate le azioni per dotare tutti i prescrittori di uno strumento informatico che permetta l'adozione dei RAO per la corretta ed omogenea individuazione dei livelli di priorità da attribuire alle prescrizioni. A livello aziendale dovrà essere promossa la formazione e l'adesione di tutti i prescrittori utilizzando in prima battuta strumenti anche non informatizzati.

2.1.1.2 Appropriata prescrizione

Mentre i RAO si occupano dell'appropriatezza delle priorità, il tema dell'appropriatezza prescrittiva, cioè del fatto che una singola prescrizione corrisponde ad indicazioni corrette rispetto a quello che è lo stato delle conoscenze scientifiche ed epidemiologiche, rappresenta indubbiamente un elemento di qualità che necessita di particolare attenzione. Si tratta di un tema, infatti, che ha un riflesso non solo rispetto alle liste di attesa, ma anche rispetto al percorso dei pazienti. Una prescrizione non appropriata spesso viene fatta invece di una appropriata, allungando ulteriormente il percorso diagnostico del paziente. Inoltre, un falso positivo rilevato a seguito di una prescrizione non appropriata porterà il paziente ad eseguire ulteriori accertamenti per arrivare, nella migliore delle ipotesi, a scoprire che si è trattato solo di un falso positivo, con costi, tempi ed ansie inutili che graveranno sul paziente stesso.

Il primo intervento per affrontare il tema è una verifica del livello di appropriatezza attuale, in particolare per le prestazioni diagnostiche per le quali il DPCM 12 gennaio 2017 prevede specifiche condizioni di appropriatezza e/o erogabilità.

Vale la pena di sottolineare che l'appropriatezza è una dimensione irrinunciabile della qualità della prestazione e come tale va trattata.

Con ogni evidenza un elemento che qualifica come appropriato l'atto medico della prescrizione è l'indicazione del quesito diagnostico: questi può essere rappresentato precisamente dal sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente e



aver eventualmente valutato indagini precedenti, ma anche dalla indicazione della sintomatologia prevalente che il paziente presenta, per individuare la natura/etiologia della quale l'accertamento viene prescritto. Il quesito diagnostico rappresenta l'elemento di partenza per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

Il quesito diagnostico costituisce poi un dato imprescindibile per comunicare, a chi eroga la prestazione richiesta, quali aspetti approfondire maggiormente, oltre a rappresentare il presupposto per agire nel rispetto del principio di giustificazione a fronte della prescrizione di esami che prevedano l'utilizzo di radiazioni ionizzanti. In questo ultimo caso, la possibilità di visionare con anticipo la prescrizione ed il relativo quesito diagnostico dovrebbe portare a ulteriori verifiche se vi sono elementi che facciano ritenere che il principio di giustificazione, nel caso specifico, non si realizzi positivamente.

Va poi sottolineato come il DPCM 12 gennaio 2017 faccia riferimento esplicito all'obbligo di indicare il quesito clinico o il sospetto diagnostico, in particolare per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per le quali siano esplicitate specifiche indicazioni di appropriatezza prescrittiva, oltre che 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. L'elenco delle prestazioni che prevedono indicazioni di appropriatezza prescrittiva, con le indicazioni relative, sono riportate nell'Allegato 4-4D del DPCM sopracitato.

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate note corrispondenti 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 sussistano le medesime condizioni, risultanti dal numero della nota e dal quesito clinico o dal sospetto diagnostico riportati sulla ricetta dal medico prescrittore. Poiché il primo intervento per affrontare efficacemente il tema dell'appropriatezza è una verifica campionaria del suo livello attuale, in particolare per le prestazioni di cui al citato DPCM, Azienda zero, il RUAS e i RULA dovranno, nel periodo di vigenza del presente piano, individuare gli strumenti informatici e le modalità organizzative per rendere agevole tale attività di verifica che interesserà in primo luogo il 10% delle prestazioni. Si sottolinea che le suddette indicazioni di erogabilità e di appropriatezza, contenute in una legge dello Stato, sono vincolanti per tutti i prescrittori. Particolare attenzione va posta alle attività svolte dalle Commissioni per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica operanti in ogni distretto sanitario:

può essere ipotizzato un allargamento delle competenze anche in ambito ambulatoriale, con il concorso dei RULA, e la possibilità di istituire un organismo centrale, che oltre a monitorare le attività svolte



dalle singole commissioni, fornisca anche eventuali indirizzi ed indicazioni utili per uniformare le attività di tutte le commissioni distrettuali. L'organismo centrale sarebbe coordinato dal RUAS.

Relativamente a specifiche criticità, non ricomprese nel DPCM 12 gennaio 2017, sarà cura del RUAS regionale reperire indicazioni specifiche di appropriatezza nell'ambito di quanto eventualmente esistente nell'ambito del sistema nazionale Linee Guida, in quanto già previsto da altre regioni, nella letteratura internazionale.

2.1.1.3 Prescrizione e percorsi del paziente

Nel caso in cui sia uno specialista pubblico a ritenere necessaria l'esecuzione di ulteriori prestazioni, dovrà essere lo stesso specialista a provvedere alla prescrizione delle medesime. Questo per evitare ulteriori passaggi che non aggiungono qualità al percorso del paziente, ma richiedono tempo ad altri professionisti: anche in questo caso l'esplicitazione del quesito diagnostico è imprescindibile. Tale indicazione si rafforza tenuto conto dell'incremento ad un anno del tempo di validità delle prescrizioni, ciò fa sì che tutti i controlli o follow-up entro l'anno e tutti gli accertamenti successivi ad una prima visita potranno essere prescritti dallo specialista in sede di prima visita o di controllo. Vista l'importanza del presente aspetto, nel periodo di vigenza del piano, verranno predisposti strumenti e misure di controllo che permettano di verificare che la prescrizione degli accertamenti successivi avvenga contestualmente alla prestazione specialistica. Su tale aspetto i RULA dovranno coordinare interventi informativi per i prescrittori e il monitoraggio del rispetto delle presenti indicazioni, anche coinvolgendo MMG e PLS, sempre facendo sì che il paziente non abbia a patire ricadute negative.

Di norma, laddove siano presenti PDTA per la specifica patologia o gruppo di patologie, la specialista dovrebbe attenersi, nella prescrizione successiva alla visita, a quanto raccomandato nel PDTA, al netto di situazioni che si configurino come specificità individuali del singolo paziente. Nella maggior parte dei casi la modalità organizzativa più consona alla erogazione di prestazioni nell'ambito di un PDTA per patologie croniche è quella del Day-Service ambulatoriale. Il RULA dovrà verificare che il Day-Service ambulatoriale sia organizzato all'interno di una cornice di programmazione dedicata, in modo da non interferire con la programmazione delle agende per esterni, e riducendo quanto più possibile il numero di accessi per prestazioni diagnostiche, prevedendone l'erogazione nel minor numero di giornate possibili.

2.1.1.4 Accertamenti ripetuti

I tempi di ripetizione degli accertamenti rappresentano una delle dimensioni dell'appropriatezza che è possibile analizzare attraverso i dati statistici disponibili.

Le motivazioni per una ripetizione possono essere diverse, ma alcuni aspetti dovrebbero essere rispettati, in particolare per quegli accertamenti di controllo per i quali sia scientificamente acclarata l'inutilità della ripetizione a breve termine, soprattutto se espongono il paziente a radiazioni ionizzanti. Spesso alla base di prescrizioni ripetute c'è anche la mancata conoscenza da parte del prescrittore dei risultati di accertamenti recenti: l'attivazione sulla maggior parte della popolazione del FSE andrà nella direzione di ridurre questo problema. Verrà inoltre studiato un sistema di alert che permetta di rendere ancor meno frequenti le prescrizioni ripetute non indicate e/o non necessarie.

2.1.1.5 Tassi di utilizzo specifico

Un elemento che può permettere di analizzare meglio la domanda è il confronto fra i tassi di utilizzo specifici per prestazione trasversalmente fra le diverse realtà e longitudinalmente nel tempo. Nonostante tali dati siano influenzati da diverse situazioni quali, fra gli altri, la domanda non espressa, la mobilità, il ricorso al privato puro, la comparazione e gli approfondimenti anche sugli aspetti distorsivi possono rappresentare uno strumento valido per individuare politiche di calibrazione dell'offerta sulla domanda in grado di migliorare la capacità di governo complessivo delle dinamiche alla base delle liste di attesa.

Relativamente a tale dimensione è auspicabile, come preannunciato, lo sviluppo di strumenti di determinazione della domanda da parte del livello nazionale, strumenti che Regione Calabria adotterà e renderà disponibili per tutte le realtà aziendali.

Allo stato attuale, sia pur con molte limitazioni, il confronto fra prestazioni prescritte e prestazioni effettivamente erogate, inteso come numero di prescrizioni cui non corrisponde una prestazione, può essere utile a RUAS e RULA per comprendere meglio le dimensioni della domanda non espressa.

Resta comunque l'utilità di analisi dei tassi specifici di utilizzo di una prestazione e il confronto con le attese osservate, in modo da poter valutare anche gli aspetti relativi all'appropriata prescrizione.

2.1.2 Interventi di governo dell'offerta

2.1.2.1 Individuazione ambiti territoriali di garanzia

Per ambito territoriale di garanzia si intende l'ambito territoriale (distretto, area sovradistrettuale, azienda, area sovraaziendale) nel quale, per ciascuna prestazione, l'Azienda è tenuta a garantire i tempi massimi stabiliti. I Piani Aziendali dovranno indicare per quali prestazioni i tempi debbano essere garantiti entro tali ambiti territoriali: in linea di principio l'ambito distrettuale dovrebbe rappresentare l'ambito di garanzia più idoneo per le prestazioni a bassa complessità tecnologica ed elevata frequenza e viceversa per le prestazioni che saranno individuate per ambiti di garanzia più ampi. L'obiettivo è quello di migliorare la risposta alle esigenze dei cittadini, rendendo meno

frequenti lunghi ed onerosi spostamenti per l'erogazione di una prestazione. In Calabria questo approccio risulta particolarmente necessario, tenuto conto della specifica orografia. Al contempo le due ASP che constano di un solo distretto potranno individuare ambiti di garanzia sovraziendali, in particolare per prestazioni non erogate in Azienda o per le quali la potenzialità erogativa sia inferiore alle necessità, in accordo con le ASP/Aziende Ospedaliere confinanti. La definizione degli ambiti di garanzia permetterà anche di leggere in modo più trasparente la struttura dell'offerta e di rimodularla territorialmente, soprattutto quando le Case di Comunità amplieranno notevolmente la disponibilità di sedi erogative, venendo incontro alle reali esigenze espresse dai territori, con programmazioni più elastiche. Laddove gli ambiti di garanzia debbano essere più ampi sono allo studio soluzioni per rendere quanto più agevoli le modalità di accesso dei cittadini alle prestazioni.

2.1.2.2 Agende di prenotazione

La corretta predisposizione e gestione delle agende di prenotazione rappresenta un aspetto fondamentale di governo dell'offerta. Ad oggi tutte le agende di prenotazione del pubblico e del privato accreditato sono state inserite nel CUP regionale e tale aspetto deve essere mantenuto ed allargato alle agende della libera professione intramuraria. Il confronto fra volumi e tipologia delle prestazioni erogate ed agende deve permettere di mantenere l'accessibilità da CUP a tutta l'offerta.

Con DCA n. 345/2024 sono stati definiti i tempi di programmazione delle agende per n. 59 prestazioni: il monitoraggio delle agende per verificarne il rispetto è messo in capo da Azienda Zero, ma è a livello aziendale che la programmazione delle agende deve in primo luogo tenerne conto, anche utilizzando le indicazioni relative ad una prestazione, per analogia, anche per altre. Anche le agende relative ad ulteriori prestazioni dovranno essere oggetto di comparazione a livello regionale, nello spirito di superare le notevoli differenze esistenti fra le diverse realtà erogative.

Le agende devono garantire la separazione fra le prime visite, i controlli ed i follow-up, con l'obiettivo di permettere il monitoraggio delle liste di attesa per le sole prime visite, ferma restando la necessità di programmare i controlli nei tempi indicati. Relativamente a tale ultimo aspetto la prescrizione diretta in sede di prima visita, per i controlli entro un anno, rappresenta un elemento ulteriore di garanzia.

Con la graduale diffusione degli strumenti di telemedicina sarà necessario prevedere le corrette modalità di programmazione ed offerta anche per tali prestazioni: in particolare per la erogazione di teleconsulti che troverà un ambito privilegiato all'interno delle Case di Comunità, laddove la presenza di più clinici potrà vedere un'integrazione delle competenze da parte di ulteriori specialisti già in presenza del paziente, evitando i percorsi di prenotazione non necessari.

Relativamente alla gestione delle agende va ribadito il divieto di chiusura delle stesse per tutte le strutture pubbliche e private accreditate. Per queste ultime la committenza deve specificare la



distribuzione nell'anno delle prestazioni, da verificare a carico del RULA nella sua concreta realizzazione, in modo che non abbiano a verificarsi, per superamento dei tetti, chiusure delle prenotazioni o, ancor peggio, mancata erogazione di prestazioni già prenotate. Il periodo per il quale deve essere disponibile la programmazione è da mettere in relazione alle attese che si registrano per quell'agenda, in modo da permettere sempre al cittadino di prenotare concretamente una prestazione.

2.1.2.3 Rapporto fra attività libero professionale intramuraria e attività istituzionale

Nel caso si verificano squilibri tra le liste di attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale intramuraria, fatti salvi i casi in cui le attese massime siano rispettate, l'Azienda deve operare in modo da ripristinare i parametri di equilibrio fra le medesime con riferimento specifico a ciascuna singola tipologia di prestazione e per ciascuna singola unità operativa, questo al fine di scongiurare la messa in campo degli interventi di sospensione dell'attività intramuraria previsti dalle norme.

A questo fine la valutazione preventiva delle agende e la preventiva interlocuzione con i professionisti ai fini della programmazione condivisa dei volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria, possono rappresentare strumenti utili ad evitare a priori il configurarsi di squilibri e situazioni di significativa differenza fra le liste di attesa istituzionali e libero-professionali. In tal senso devono operare le direzioni aziendali e i RULA.

Resta ferma la necessità di controllare la presenza di comportamenti opportunistici o illegittimi, anche relativamente al rapporto fra attività libero professionale ambulatoriale e accesso ai ricoveri programmati che deve essere verificata da parte dei responsabili amministrativi della libera professione. La definizione di regolamenti per la libera professione e il controllo sul loro rispetto rappresentano a tal proposito strumenti preventivi obbligati.

L'Organismo paritetico regionale, di cui all'art. 1 comma 222 della legge 213/2023, avrà il compito di garantire l'analisi di tutte le attività svolte in materia di libera professione, redigendo una relazione semestrale da trasmettere alla Direzione Generale del Dipartimento regionale Salute e al livello nazionale.

2.1.2.4 Percorsi di Tutela

Le Aziende Sanitarie Provinciali, per le prestazioni di primo accesso non garantite nei tempi massimi previsti per ogni codice di priorità, devono attivare un percorso di tutela per soddisfare la richiesta del cittadino, ovvero percorsi che, coinvolgendo gli erogatori pubblici e privati accreditati permettano di offrire ai cittadini la prestazione di primo accesso nei tempi previsti. A tal fine possono essere sviluppate committenze specifiche su prestazioni critiche al privato accreditato prevedendo margini



di flessibilità, oppure ai professionisti che operano presso le strutture pubbliche. I percorsi di tutela non devono rispettare necessariamente i limiti degli ambiti di garanzia.

La attivazione di percorsi di tutela deve rappresentare una eccezione e, come tale, avvalersi della messa in campo di risorse straordinarie e temporanee. Le criticità permanenti devono essere affrontate con riprogrammazioni permanenti. Nell'ambito delle attività di presa in carico dei pazienti per i quali è necessaria la loro attivazione, i percorsi di tutela devono essere gestiti dall'Azienda Sanitaria di residenza cui compete la tutela del diritto del cittadino ad avere la prestazione nei tempi massimi senza che la ricerca di soluzioni alternative debba ricadere su di lui.

In questi casi, e per prestazioni di durata breve, tipicamente le visite, è possibile ricorrere all'inserimento temporaneo di una prestazione in più nell'agenda giornaliera di programmazione (overbooking). I RULA devono informare e concordare le casistiche con le equipe interessate.

Al fine di garantire i tempi massimi per priorità è possibile valutare anche l'erogazione della prestazione attraverso la telemedicina, nei casi pertinenti, o per la prestazione completa, es. televisita, o per la refertazione di specifiche prestazioni diagnostiche.

Le indicazioni nazionali di prossima emanazione prevederanno l'esclusione assoluta del rimborso a posteriori del costo sostenuto dal cittadino, perché pur a fronte di un superamento dei tempi, non è mai verificabile l'incapacità dell'ASP a prendere in carico il singolo caso per erogare la prestazione nell'ambito dei percorsi di tutela.

2.1.3 Incremento della disponibilità e dell'offerta

Sono diversi gli strumenti attivabili per garantire un incremento della disponibilità e dei volumi dell'offerta, a fronte di criticità permanenti delle liste di attesa di specialistica ambulatoriale o comunque per utilizzare al meglio le risorse disponibili.

2.1.3.1 Pieno utilizzo delle prestazioni

Al fine di incrementare l'offerta effettiva senza incrementare la produzione, occorre garantire il pieno utilizzo delle prestazioni disponibili in agenda. Il primo intervento da mettere in campo a tal fine è rappresentato dalla riduzione delle mancate presentazioni: le misure in tal senso comprendono interventi che facilitano le disdette da parte dei pazienti che, per qualunque motivo, sanno che non si presenteranno ad un appuntamento già fissato, e quelli, peraltro già previsti dalle norme, di pagamento del ticket per i cittadini che non disdicono in tempo utile per permettere di utilizzare a favore di altri l'appuntamento da loro mancato o che non disdicono per nulla. Per incrementare le disdette tempestive la Regione Calabria, grazie ad un progetto dedicato, sta consolidando l'attività di *Recall* anche nell'ambito della gestione ordinaria delle liste di attesa, ricordando al cittadino l'appuntamento fissato e chiedendogli di confermarlo o, eventualmente, disdirlo.



Un ulteriore strumento per utilizzare appieno le disponibilità è quello di effettuare un monitoraggio continuo sull'utilizzo delle agende "dedicate" a specifiche utenze, per priorità, patologia, provenienza, al fine di individuare eventuali sottoutilizzi e riprogrammare le attività in modo da rendere completo l'utilizzo stesso. Tale monitoraggio è a carico del RULA e può dar luogo a riprogrammazioni complessive, piuttosto che ad istruzioni su come rendere fruibili le prestazioni che, entro un determinato periodo di tempo, non sono state prenotate. Vale la pena di sottolineare che anche le agende "dedicate", a specifiche utenze, devono essere messe a CUP, sia pure con le specifiche di accesso proprie. Oltre a specificità qualitative possono rilevarsi anche specificità "geografiche", ossia sedi per le quali le agende non vengono saturate: anche in tal caso occorre prevedere una riprogrammazione parziale delle attività verso sedi per le quali l'intera offerta di prestazioni venga utilizzata.

Una modalità per utilizzare pienamente le potenzialità produttive, in particolare delle apparecchiature, è quello di prevedere l'allungamento degli orari di attività degli ambulatori fino alle ore 20.00 nei giorni feriali e, ove possibile, garantire nelle giornate prefestive e festive l'apertura dalle ore 8.00 alle ore 14.00. Tranne i casi in cui il collo di bottiglia sia rappresentato dalla indisponibilità della strumentazione negli orari e giorni ordinari, l'ampliamento degli orari e giorni di attività richiede un incremento degli orari di attività del personale.

2.1.3.2 Recall e disdetta

Al momento della prenotazione da parte dell'utente, questi deve ricevere l'informazione relativa alla necessità di disdire la prenotazione nel caso di fatti sopravvenuti che non gli permettano di presentarsi o che abbiano reso non più necessaria la prestazione interessata. Il sistema CUP regionale, come detto, ha attivato un sistema di recall, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata. L'eventuale disdetta da parte dell'utente deve essere effettuata almeno due giorni lavorativi prima della data prevista per l'erogazione della prestazione. Il paziente può provvedere a disdire la prenotazione sia al momento del recall che rivolgendosi a uno dei canali prenotativi ordinari.

Una volta andato a regime il sistema di recall e gli strumenti che facilitano la disdetta da parte del cittadino, all'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza disdire, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, verrà richiesto il pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita. Rispetto a tale previsione sarà il livello regionale a determinare il momento in cui il livello di maturità del sistema di governo diverrà compatibile con la richiesta del pagamento e le modalità omogenee da utilizzare in tutte le Aziende.

2.1.3.3 Incremento della produzione

A fronte di situazioni di grave o permanente incapacità di garantire il rispetto dei tempi di attesa per priorità, occorre prevedere un incremento dell'offerta per la prestazione interessata. Le strategie per l'incremento dell'offerta possono passare attraverso una riprogrammazione che rifinalizzi, anche rivedendola la committenza del privato accreditato, da una offerta di prestazioni che non presentino criticità relativamente alle liste di attesa verso una offerta di prestazioni critiche, naturalmente quando disciplinarmente compatibili fra loro o con l'accREDITAMENTO della struttura. In altri casi è necessario procedere ad un incremento dell'offerta, temporaneo o permanente, realizzato attraverso un incremento del livello di produzione diretta o della committenza verso altri soggetti pubblici o privati accreditati. Rispetto alla committenza verso i soggetti privati accreditati occorre mantenersi sempre all'interno dei tetti di spesa di cui al decreto legislativo n. 502/1992, nel rispetto dell'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 come modificato dalla legge n. 213/2023, all'art. 1, comma 233.

A tal proposito va sottolineato come i tetti di legge siano da intendersi riferiti al livello regionale e dalla regione comunicati ai territori, pertanto è possibile per il RULA, in accordo con la Direzione Aziendale, spostare committenza fra diversi soggetti e, per ogni soggetto, da un'attività ad un'altra, a fronte di specifiche necessità. Inoltre, eventuali economie sui tetti di spesa possono essere utilizzate per l'abbattimento delle liste di attesa relativamente a determinate prestazioni, per le specifiche esigenze della Aziende.

Per quanto riguarda la produzione dei soggetti pubblici, una volta verificati gli aspetti citati nelle pagine precedenti, oltre a quelli relativi ai carichi di lavoro effettivi, può essere necessario prevedere un incremento delle ore dedicate all'attività di specialistica ambulatoriale. Nel capitolo relativo a tale aspetto il tema verrà trattato in modo unitario per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero programmato. Rispetto allo specifico dell'attività specialistica va citata l'offerta di prestazioni al di fuori dei giorni o degli orari ordinariamente utilizzati (orari serali, sabato e domenica), modalità che appare particolarmente utile nei casi in cui la disponibilità di specifiche tecnologie rappresenti l'elemento che determina le attese eccessive.

2.2 Prestazioni di ricovero programmate e prestazioni chirurgiche ambulatoriali organizzativamente complesse

Se le prestazioni di specialistica ambulatoriale rappresentano le prestazioni che, in relazione alla maggiore frequenza, più spesso coinvolgono i cittadini e creano problemi relativi ai tempi di attesa, il significato clinico e sociale delle attese per ricoveri programmati, quelli cioè che possono essere, appunto, programmati in un momento successivo rispetto alla rilevazione della necessità del ricovero, è spesso molto più rilevante. I ricoveri programmati cui ci si riferisce sono essenzialmente quelli di tipo chirurgico o quelli nel corso dei quali si erogano prestazioni invasive quali la coronarografia o



la biopsia percutanea del fegato, che sono peraltro inserite nell'elenco delle prestazioni di ricovero monitorate dal PNGLA 2019-2021. Quanto riferito ai ricoveri programmati nel presente capitolo, è da applicarsi anche a quelle prestazioni chirurgiche ambulatoriali che, per complessità organizzativa (necessità di una fase di prericovero, inserimento nella programmazione delle piattaforme chirurgiche in analogia agli interventi erogati in ricovero programmato, etc.), hanno una gestione nei fatti sovrapponibile a questi ultimi. Molti di questi interventi sono divenuti erogabili ambulatorialmente solo con l'adozione del nomenclatore tariffario a fine 2024, con il consolidarsi di tali pratiche chirurgiche a livello ambulatoriale anche la loro gestione potrà divenire analoga alle altre prestazioni ambulatoriali. In questa fase transitoria e per mantenere una corretta gestione delle liste di attesa, per casistiche anche molto numerose, si raccomanda di seguire le indicazioni relative ai ricoveri programmati, fatti salvi i casi nei quali l'Azienda sia già in grado di garantire una prenotazione a CUP.

La possibilità di garantire la gestione in qualità dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmate passa necessariamente attraverso l'adozione di sistemi di prenotazione informatizzata: a livello regionale è già stato formulato un progetto che prevede, fra l'altro, l'acquisizione di un sistema unico regionale di prenotazione dei ricoveri integrato almeno con i sistemi di gestione delle sale operatorie e di accettazione, dimissione, trasferimento (ADT). Con l'andata a regime della digitalizzazione degli ospedali sede di DEA di secondo e primo livello, finanziata dal PNRR, il sistema di prenotazione ricoveri e gestione sale operatorie potrà collegarsi con i restanti applicativi aziendali, in modo da permettere di eseguire e tracciare il percorso del paziente, oltre a monitorare efficacemente i tempi di attesa e realizzare gli interventi necessari per mantenerli entro i limiti previsti. Naturalmente sarà così possibile non solo il monitoraggio a posteriori, sulla base della indicazione della data di prenotazione della SDO, dei tempi di attesa, ma anche realizzare il monitoraggio a priori che, oltre ad essere più affidabile di quello oggi possibile, che presenta seri problemi di qualità del dato e riguarda solo i pazienti che vengono effettivamente ricoverati, è l'unico che permette di governare i tempi, fornendo ai pazienti in attesa la possibilità di ricevere la prestazione nei tempi consoni, anche scegliendo strutture di ricovero diverse da quella originariamente scelta.

Il sistema informatizzato regionale di prenotazione dei ricoveri dovrà essere adottato anche dalle strutture private accreditate.

Fino a quando non sarà disponibile in modo omogeneo, tutte le attività che verranno descritte di seguito, devono comunque essere garantite, sia nelle strutture che dispongono di sistemi di prenotazione o registri di prenotazione informatizzati, sia in quelle che dispongono solo di strumenti cartacei. Si ricorda che la corretta tenuta di questi strumenti di programmazione dell'accesso in ospedale è sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, come previsto dalla Legge n. 724



del 23/12/1994. Un campo obbligatorio del registro è rappresentato dalle classi di priorità di attesa, che per i ricoveri prevede le classi di seguito rappresentate, cui corrisponde la breve descrizione delle caratteristiche cliniche cui corrisponde la condizione di attribuzione alla classe.

Si sottolinea che l'attribuzione della classe di priorità è un atto clinico di competenza dello specialista che propone al paziente l'inserimento in lista di attesa, e che lo inserisce ottenuto il consenso dell'interessato.

La classe di priorità può modificarsi nel corso dell'attesa, gli strumenti di prenotazione devono registrare in trasparenza e tracciabilità tali modifiche.

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.

È in corso a livello nazionale lo sviluppo di un sistema RAO anche per i ricoveri, con l'intento di rendere quanto più omogenea l'attribuzione di ogni caso alla corretta classe di priorità: la Regione promuoverà le iniziative necessarie per garantire l'utilizzo diffuso dello strumento nazionale appena questo sarà disponibile.

Sempre al fine di facilitare, rendendola più omogenea a livello di tutta la regione, la gestione della prenotazione è necessario utilizzare uno strumento di classificazione semplificata, ma sempre riferita all'ICD-9CM, dell'intervento da utilizzare in sede di prenotazione. A differenza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, infatti, non è sempre possibile codificare correttamente l'intervento in sede di prenotazione, per questo motivo, e per garantire un monitoraggio efficace, raggruppare in un unico



codice vari codici risulta necessario. Anche in questo caso si ritiene che adottare non appena disponibile il sistema di classificazione semplificata di livello nazionale.

In premessa si ritiene utile richiamare alcuni principi già contenuti in precedenti disposizioni regionali, principi il cui rispetto deve essere garantito a livello locale dai RULA, sia per i produttori pubblici che per quelli privati accreditati, e monitorato dal RUAS.

La definizione dell'indicazione all'intervento chirurgico programmato si traduce nell'inserimento in Lista di Attesa per ricovero programmato solo laddove il paziente concordi con tale indicazione.

La gestione dei ricoveri programmati deve essere funzionale a:

- garantire equità nell'accesso;
- garantire che il percorso di accesso del paziente alle prestazioni di ricovero programmato sia gestito ad un livello qualitativo ottimale in termini comunicativi ed operativi;
- perseguire l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse sia aziendali (pieno utilizzo delle sale operatorie su base giornaliera -H12- e settimanale), sia sovra-aziendali, quando le specificità del caso o il rispetto del tempo massimo di attesa lo rendano necessario, secondo un processo di responsabilizzazione anche di livello 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 e garantire 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;
- 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.

Fra gli aspetti che assumono particolare rilievo, rispetto ai quali RULA e RUAS devono garantire una funzione di supervisione, val la pena di segnalare in particolare:

- L'attivazione di percorsi tecnici ed organizzativi di tenuta delle liste che garantiscano la corretta gestione e la verifica periodica, o pulizia, delle liste medesime;
- la necessità di programmare l'assegnazione delle risorse (umane, tecnologiche, organizzative) sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa reali e verificate a livello di disciplina, patologia e/o classe di priorità, favorendo l'utilizzo efficace delle risorse aziendali;
- la definizione delle sedi autorizzate al trattamento di specifiche casistiche al fine di garantire il miglior rapporto volumi/esiti;
- la definizione di percorsi pre e post ricovero omogenei ed unitari a livello almeno di struttura di ricovero, appropriati, cioè, composti dagli accertamenti indicati per lo specifico paziente, e che permettano un'organizzazione efficace e comunicabile efficacemente ai pazienti



- la garanzia di una corretta, completa e trasparente informazione al paziente, con l'obiettivo di evitare le informazioni incoerenti da parte dei diversi attori del percorso che inevitabilmente portano ad un disorientamento dei pazienti.

Più nel dettaglio si declinano di seguito alcune fasi del percorso di accesso ai ricoveri chirurgici programmati che meritano una specifica attenzione per le loro ricadute sulla qualità complessiva del processo e sui tempi di attesa del paziente.

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

L'individuazione della data in cui la struttura è 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, oltre che la corretta realizzazione del prericovero. La comunicazione della data al paziente deve essere di almeno una settimana precedente la data prevista. Il periodo orientativamente previsto per la chiamata deve essere comunicato possibilmente già in sede di inserimento in lista, tenendo conto dei tempi previsti dalle norme per la specifica priorità e di quelli già realizzati per pazienti con analoghe problematiche, e la programmazione della data di esecuzione del pre-ricovero deve essere coerente con il periodo atteso per il ricovero

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/programmazione della sala operatoria.

L'ordine di chiamata dei pazienti in lista deve tenere conto sia della priorità (ABCD) sia del tempo già trascorso in lista d'attesa, si richiama a tal fine l'utilizzo dello score già riportato nel DCA n. 13/2022 e 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.

*Score iesimo = TdA iesimo * (Tempo massimo previsto dalla classe di priorità meno urgente) / (Tempo massimo previsto dalla classe di priorità iesimo)*

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 e appropriate.

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.

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

Al fine di rendere possibile il corretto monitoraggio prospettico delle attese e della consistenza delle agende e conseguente programmazione chirurgica, è fondamentale provvedere alla periodica pulizia delle liste di attesa, contattando i pazienti in lista per verificare il permanere della loro necessità di ricovero e, laddove non confermata, eliminarne, in modo formalmente definito, il nominativo dalla lista.

2.2.2 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 regionale o 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 in modo uniforme a livello regionale.

A tal fine, come già detto, occorre agire affinché sia conosciuta a livello aziendale la consistenza delle liste d'attesa per singolo produttore, distinta per:

- Intervento (in particolare se monitorato);
- Classe di Priorità.



Un ulteriore aspetto da rilevare da parte del RUAS è la qualificazione dei prestazioni effettivamente erogati e ai risultati garantiti relativamente agli interventi oggetto di monitoraggio dal Piano Nazionale Esiti, ciò rappresenta un aspetto specifico della domanda relativa ai ricoveri programmati, che garantisce la qualificazione degli erogatori e il miglioramento degli outcome.

Un ulteriore strumento utile per una valutazione della congruità del livello di domanda è dato dall'analisi comparativa fra diversi territori dei tassi di utilizzo specifico per intervento o gruppo di interventi: da questo punto di vista resta imprescindibile che vengano integrate le informazioni relative ai consumi regionali con quelle relative ai consumi extraregionali, in modo che sia possibile verificare se esistano differenze significative fra questi e rispetto a tassi di utilizzo di riferimento.

2.2.2.1 Inserimento in lista di attesa

L'indicazione al ricovero programmato può essere posta da:

- 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.

Di norma il percorso di inserimento 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, o alla richiesta dell'inserimento in lista da parte della struttura di ricovero.

Un elemento imprescindibile è la necessaria informativa al paziente che comprenda ogni riferimento alla modalità di gestione del suo caso, quando sarà andata a regime la gestione informatizzata della prenotazione dei ricoveri sarà possibile fornire al paziente anche informazioni comparative al paziente sulle attese previste.

Al termine dell'informativa il medico deve accertarsi che il paziente concordi con l'inserimento in lista di attesa nella struttura individuata, in modo da minimizzare il rischio di successivi rifiuti alla convocazione al ricovero.

La data di iscrizione del paziente in lista d'attesa, da cui decorre il calcolo del tempo di attesa, coincide di norma con la data della visita specialistica in cui è rilevata o confermata l'indicazione al ricovero e nel corso della quale il paziente ha condiviso l'indicazione all'iscrizione in lista. È questo, 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 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 condivisione 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 all'inserimento in lista.



Anche il rispetto dell'impegno da parte del SSR di rispettare il tempo di priorità assegnata dallo specialista decorre dalla stessa data.

Nella fase di inserimento in lista sul sistema aziendale è possibile che la fase diagnostica non sia ancora completata e quindi non sia ancora puntualmente definita l'indicazione all'intervento chirurgico 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'ideoneo 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 il venir meno dell'indicazione al ricovero (per controindicazioni o verificata 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.

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 piattaforme produttive (posti letto, sedute operatorie, prestazioni intermedie, pre-ricovero, ecc.).

Il "nomenclatore" per la prenotazione dei ricoveri, che semplifica la gestione rispetto ad ICD, dovrebbe auspicabilmente essere reso disponibile dal livello nazionale, poiché lo specifico allegato alle disposizioni nazionali per il recupero delle prestazioni non erogate in corso di COVID non è reperibile. Se anche il PNGLA 2025-2027 non riporterà tale strumento, che dovrebbe necessariamente essere omogeneo per tutto il territorio nazionale, sarà necessario, sulla base di altre esperienze regionali, svilupparne in tempi brevi un analogo.

2.2.2.2 Pulizia delle liste

L'attività di pulizia delle Liste di Attesa risulta essenziale per la corretta gestione delle risorse. In prospettiva, con l'adozione di un sistema informatizzato è un processo che si basa su meccanismi automatizzati e registrati. Pertanto, la pulizia delle liste per ricoveri programmati deve essere finalizzata a determinare:

- numero utenti che intendono rimanere nella lista;
- numero utenti per i quali l'attesa massima si sta avvicinando;

- numero utenti che desiderano rimanere in lista ma accettano la proposta di una sede alternativa;
- numero utenti irreperibili (> 5 volte in 15 giorni);
- numero utenti che rifiutano l'intervento (anche in sedi alternative);
- numero utenti che hanno già effettuato la prestazione di ricovero per la quale erano prenotati.

L'obiettivo finale dell'azione di pulizia delle Liste di Attesa è quello di mantenere in lista solo gli utenti attivi disponibili ad effettuare la prenotazione concordata o nella sede originale o in sede alternativa.

Poiché la consistenza delle liste rappresenta uno degli elementi sulla base dei quali attribuire alle singole equipe le risorse chirurgiche, occorre garantire che tale consistenza sia effettiva e non ricomprenda pazienti che, per diversi motivi, non intendono sottoporsi all'intervento.

2.2.3 Linee di intervento per il Governo dell'offerta

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

I percorsi di tutela sono percorsi di presa in carico che l'erogatore attiva per soddisfare la domanda di cure nei tempi e nelle modalità previste dallo specifico bisogno clinico del paziente, qualora non sia possibile garantire la prestazione nei tempi previsti o opportuni a tal fine nella sede presso la quale il paziente è stato originariamente iscritto in lista.

Nel caso del ricovero programmato, la programmazione regionale, dovrà prevedere indicazioni, verifiche e monitoraggio sovra-aziendale volti a garantire la presa in carico già al primo contatto con il sistema e la capacità di orientare il caso alla più corretta "collocazione" in lista di attesa nella struttura definita più idonea per competenze, vicinanza e preferenza del paziente, evitando la duplicazione di prestazioni di visita e strumentali.

L'idonea collocazione deve essere verificata già dai RULA, e dal RUAS, sulla base di:

- Tempi di attesa più vantaggiosi e/o garanzia del rispetto della classe di priorità a pari livello di qualità dell'erogazione;
- Maggiore qualità garantita dai livelli di volume (soglie di rischio di esito, di cui al DM 70/2015 e/o in riferimento al PNE)
- Distribuzione della casistica per poli di competenza (Hub per le casistiche più complesse o che richiedono tecnologie specifiche, Spoke e Hub per quelle meno complesse), fino all'eventualità che una struttura non possa erogare in qualità una determinata prestazione.

2.2.3.2 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 o nel corso della pulizia delle liste, 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 accreditati 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 interspedaliera finalizzata al rispetto dei tempi



di attesa previsti dal PNGLA, il sistema informativo aziendale di lista d'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.

2.2.3.3 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 70/2015 e degli interventi monitorati dal PNE.

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 garantisce 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.

A partire dal presente PRGLA si dovranno prevedere 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 ed extraospedalieri che determinano la durata della degenza media, il pieno utilizzo delle risorse chirurgiche disponibili, in primis le sale operatorie, intese come spazio fisico ma soprattutto come spazio operativo, anestesisti ed infermieri di sala.

2.2.3.4 Incremento dei livelli di produzione

Anche per le attività di ricovero programmato può essere necessario prevedere incrementi della produzione specifici (per intervento/i o produttore). In regione Calabria tale aspetto si interseca

profondamente con il tema della riduzione della mobilità passiva extraregionale e deve sempre essere considerato in forma integrata.

Il primo strumento da considerare è rappresentato da una attenta revisione della committenza verso il privato accreditato, che permetta di finalizzare i budget, di struttura e provinciali, verso la tipologia di produzione più idonea a garantire tempi di attesa per ricoveri idonei in tutto il sistema regionale.

L'ulteriore strumento cui ricorrere, per le strutture pubbliche, è quello di finalizzare correttamente, come già detto, l'utilizzo delle piattaforme logistiche disponibili, prevedendo anche un incremento della produzione.

Di tale ultimo aspetto si dirà unitariamente alla attività specialistica.

2.2.3.5 Informazioni da fornire al 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/ tempi massimi d'attesa e i tempi medi per intervento specifico e classe di priorità nella struttura prescelta, oltre alle indicazioni organizzative previste, in particolare relativamente al pre-ricovero, alle modalità di contatto da parte della struttura e alla disponibilità ad accettare anche altre sedi nel caso i tempi di attesa si allungassero, 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 ciascun RULA predisponga per la propria Azienda 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 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 a eventuale rivalutazione clinica. Tali attività comunicative andranno opportunamente supportate dal RUAS a livello regionale, in particolare per garantire l'armonizzazione relativamente alle proposte di sedi alternative e all'uniformità qualitativa delle informazioni.

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 al momento dell'inserimento in lista entrino a far parte anche al Fascicolo Sanitario Elettronico.

2.2.4 Incremento della produzione

Gli incrementi del livello di produzione, come già detto, vengono trattati in modo unitario per le attività ambulatoriali e per quelle di ricovero programmato e riguardano le attività per le quali non sia possibile garantire al 90% dei pazienti il rispetto dei tempi di attesa massimi previsti per lo specifico livello di priorità.

In primo luogo, va sottolineato che, al fine di garantire il miglior utilizzo delle risorse, è importante che le Aziende mettano in campo sia gli interventi riportati nel presente piano al fine di garantire il governo effettivo della domanda e dell'offerta, sia sul versante dei produttori pubblici che su quello dei produttori privati accreditati.

La predisposizione dei piani di committenza, qualitativa e quantitativa, nei confronti delle strutture private accreditate deve basarsi su un'analisi del fabbisogno che tenga conto delle attese, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero programmato, e orienti la produzione verso le tipologie di attività gravate da liste di attesa.

Per quanto riguarda l'incremento della produzione interna, occorre verificare con particolare attenzione che le risorse esistenti siano utilizzate al meglio: purtroppo anche nella nostra regione vi sono casi di emarginazione dall'attività clinica di medici dipendenti, afferenti anche a specialità, come ad esempio la cardiologia, per le quali il rispetto dei tempi di attesa e il follow-up dei pazienti cronici, come gli affetti da scompenso cardiaco, è basata su motivazioni diverse dalle competenze e, come tali, non condivisibili poiché arrecano un danno funzionale ed economico. Poiché tali meccanismi si generano per lo più all'interno delle UU.OO. è uno specifico dovere dei Direttori Sanitari di vigilare affinché ogni situazione pregressa venga superata e non se ne creino di ulteriori.

Concettualmente l'aumento di produzione nelle strutture pubbliche può essere realizzato con diverse modalità, principalmente attraverso una riorganizzazione attenta delle risorse e dei tempi di lavoro, ricorrendo al riconoscimento di prestazioni aggiuntive, nel rispetto dei limiti posti dalle norme e dai

CCNL, o con nuove assunzioni, a tempo determinato o indeterminato a seconda delle caratteristiche del singolo caso. Le ultime fattispecie hanno un impatto diretto sul bilancio aziendale, ed è pertanto fondamentale che vi si faccia ricorso, relativamente alle liste di attesa, previa verifica dei RULA e delle Direzioni circa l'esperienza efficace delle misure di governo di domanda e offerta nel singolo caso preso in considerazione.

Dal punto di vista delle risorse disponibili, è auspicabile che gli interventi nazionali sul versante economico vengano mantenuti nel tempo, come da ultimo con Legge n.189/2024, che ha previsto la possibilità per le regioni di utilizzare i fondi COVID, non ancora utilizzati, per la riduzione delle liste di attesa, fondi finalizzati sulle Aziende Sanitarie Calabresi con DCA 350 del 18 dicembre 2025.

A questo proposito occorre ricordare che RULA e Direzioni hanno sempre la responsabilità di proporre, i primi, e scegliere, i secondi, in entrambi i casi motivatamente, i produttori, interni o esterni, sui quali investire per ridurre le attese, avendo a riferimento principi di equità, trasparenza, qualità delle prestazioni, accessibilità per i cittadini.

3. Monitoraggi e debiti informativi nazionali

Il rispetto degli obblighi informativi nazionali, prima fra tutti l'alimentazione della Piattaforma Nazionale delle liste di attesa, istituita presso Agenas, e di quanto in materia di liste di attesa verrà stabilito in corso di valenza del PRGLA, rappresenta un'assoluta priorità. Relativamente alla Piattaforma, che permetterà al livello regionale di valutare, comparativamente con la media nazionale, la propria performance, dovrà essere garantito l'invio dei dati secondo le specifiche previste e l'attuazione del piano regionale per la interoperabilità.

L'attività di monitoraggio riguarda le prestazioni previste per dal PNGLA 2025-2027, sia relativamente alle prestazioni di specialistica che alle prestazioni di ricovero programmato ed altre prestazioni che dovessero assumere livelli elevati di criticità.

Per garantire un monitoraggio corretto e completo delle prestazioni ambulatoriali occorrerà che tutte le Agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi ReCUP. Le tipologie di monitoraggio che dovranno essere garantite da RUAS in collaborazione con i RULA sono:

- 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 ReCUP.

Le tipologie di monitoraggio che dovranno essere garantite da RUAS in collaborazione con i RULA per quanto riguarda i ricoveri programmati sono:

- Monitoraggio *ex ante* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex ante* delle attività di ricovero erogate in regime libero professionale;
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime libero professionale.

Relativamente ai ricoveri programmati, come già detto, fino all'andata a regime per tutte le strutture di ricovero, pubbliche e private accreditate, del sistema integrato di prenotazione dei ricoveri e di gestione delle sale operatorie non sarà possibile garantire il monitoraggio *ex ante* e la completezza del monitoraggio *ex post*.

L'attività di monitoraggio non dovrà limitarsi al monitoraggio dei tempi, ma ricomprendere tutti gli aspetti oggetto del presente piano, congruità dei tempi di programmazione, rapporto fra attività istituzionale e libero professionale, e quanto utile al governo dell'equo e tempestivo accesso alle prestazioni e al miglior utilizzo delle risorse. Il monitoraggio dovrà avvenire a cadenza mensile.

4. Comunicazione

Le Aziende Sanitarie sono tenute a predisporre, all'interno del proprio sito istituzionale, una sezione specificamente dedicata alle liste di attesa e alla gestione dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie. Tale sezione deve essere chiaramente identificabile e facilmente accessibile dalla Home Page, attraverso un banner grafico dedicato o altra modalità equivalente che ne assicuri l'immediata visibilità e riconoscibilità da parte dell'utente.

La pagina dedicata dovrà contenere:

- il collegamento diretto al sistema di prenotazione, con indicazione delle diverse modalità di accesso;
- il Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa, corredato dalla relativa delibera di adozione/attuazione, in formato PDF accessibile e scaricabile;
- la descrizione dei percorsi di tutela e garanzia dei tempi massimi di attesa;
- informazioni di interesse generale per l'utenza, tra cui: diritti e responsabilità dei cittadini, modalità di disdetta delle prenotazioni, eventuali sanzioni previste in caso di mancata presentazione, procedure per l'inoltro di segnalazioni, suggerimenti o reclami, nonché ogni altra informazione utile a favorire un utilizzo appropriato e consapevole dei servizi.

La sezione dovrà essere costantemente aggiornata, redatta con linguaggio chiaro e comprensibile e organizzata secondo criteri di usabilità e navigabilità, al fine di assicurare la massima fruibilità delle informazioni e contribuire attivamente alla governance dei tempi di attesa attraverso una comunicazione efficace e orientata al cittadino. È opportuno assicurare coerenza e uniformità nella comunicazione aziendale in tutti i punti di contatto con l'utenza; a tal fine, ciascuna Azienda è chiamata a promuovere specifici percorsi di formazione e informazione in materia di liste di attesa, rivolti a tutti gli operatori coinvolti nelle diverse fasi del percorso assistenziale — dalla prescrizione alla prenotazione, fino all'erogazione della prestazione — così da rafforzare la capacità di questi di intercettare le segnalazioni dei cittadini, elementi qualificanti per l'analisi dei processi consentendo di individuare criticità organizzative, e garantire corrette informazioni all'utenza.



Adempimenti delle Aziende del SSR

- Nomina Responsabile Unico Aziendale Liste di Attesa (RULA Aziendale) entro e non oltre 7 giorni dall'entrata in vigore del presente PRGLA 2025-2027, e conseguente trasmissione al Dipartimento Salute e Servizi Sanitari;
- Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa, approvato con Deliberazione Aziendale, entro e non oltre 45 giorni dall'entrata in vigore del presente PRGLA 2025-2027.

RUAS – Regione Calabria