



Ministero della Salute

**PIANO NAZIONALE DI
GOVERNO LISTE D'ATTESA
2024-26**

Dott.ssa Patrizia Cuccaro
Ex Direzione generale della
Programmazione sanitaria



#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it

Il modello di governance preesistente

TEMPI E LISTE D'ATTESA –modello di governance 2019, basato su

- Definizione di priorità di accesso, per schedulare le prenotazioni in base alla stratificazione dell'urgenza
- Centralizzazione dei canali di prenotazione
- Identificazione dei bacini di *capacity* (ambiti di garanzia)
- Massimizzazione utilizzo risorse
- Percorsi di tutela
- Monitoraggio centrale delle percentuali di garanzia e collegamento con adempimenti LEA
- Monitoraggio ALPI e Organismi paritetici regionali

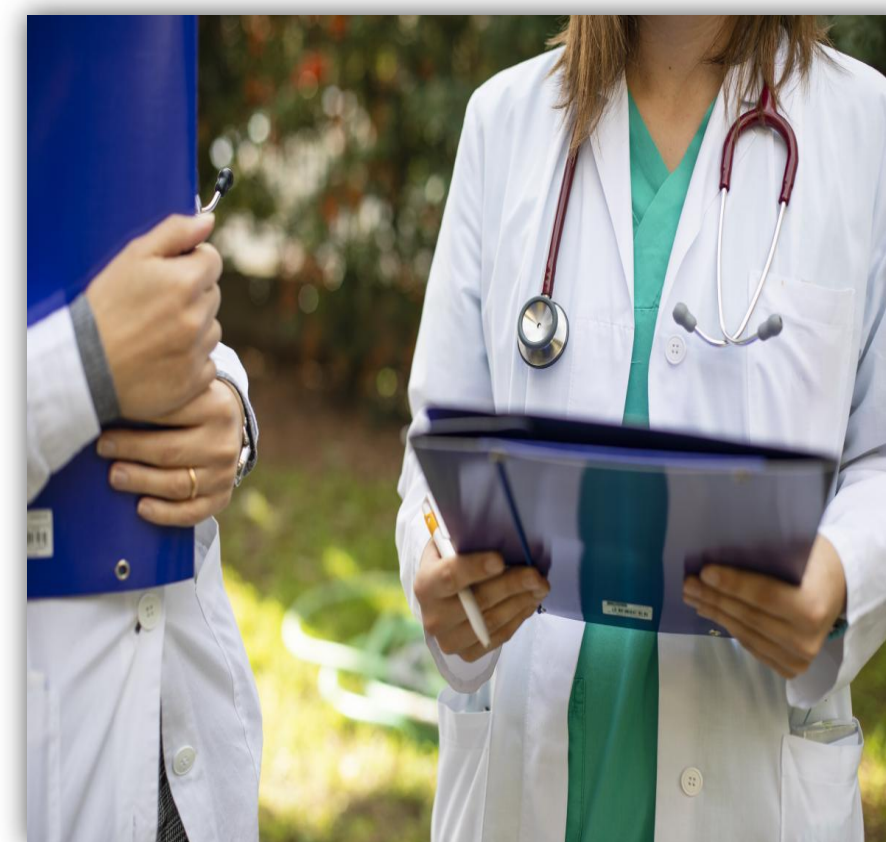


Attività di monitoraggio

TEMPI DI ATTESA – attuali strumenti e modelli di monitoraggio

PNGLA 2019-21

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime ALPI;
- Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio delle agende collegate ai sistemi CUP;
- Monitoraggio dei siti web



Limiti dei sistemi di governance e monitoraggio 2019-24

Limiti dell'attuale modello di rilevazione dei tempi di attesa

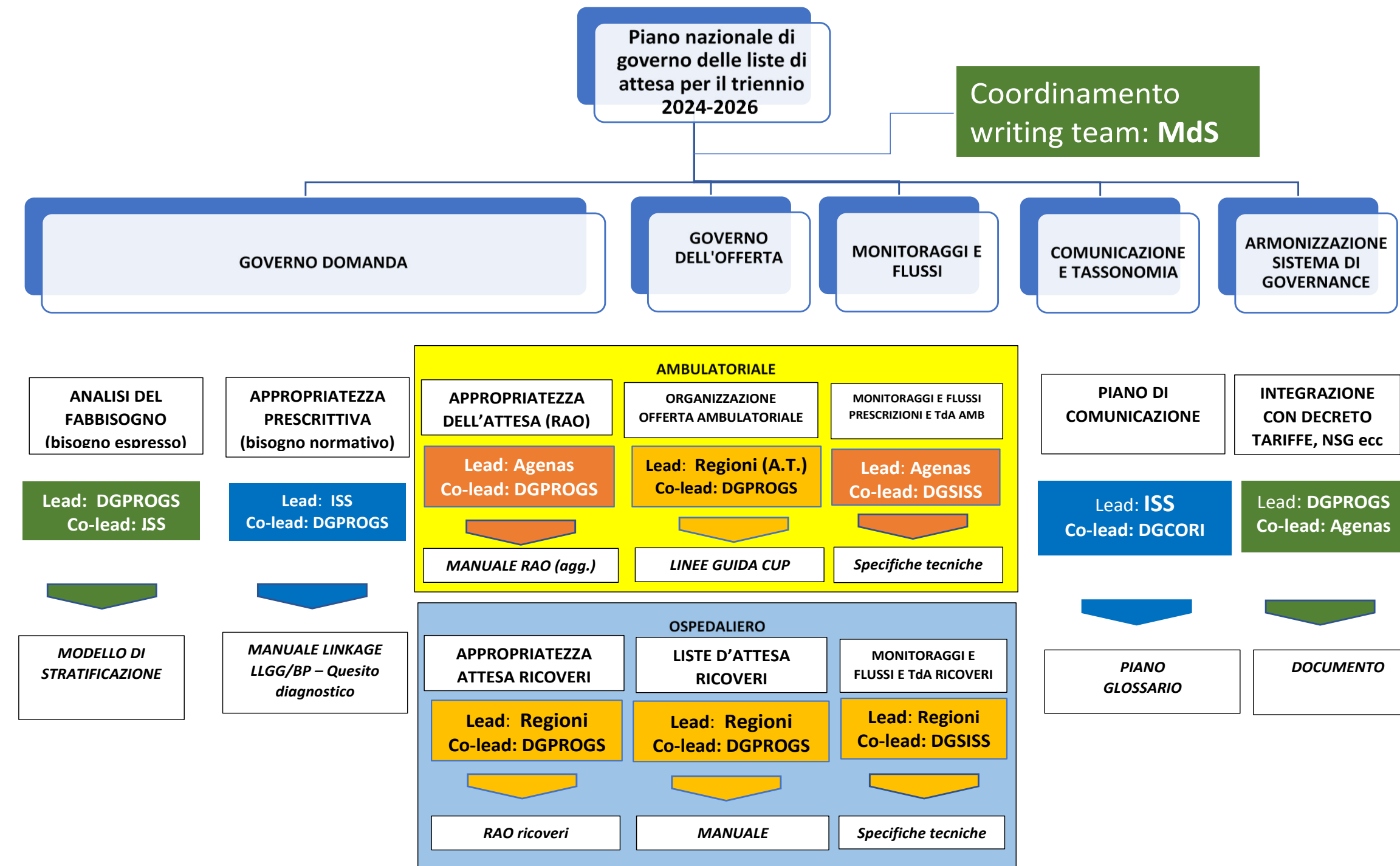
AMBULATORIALI		RICOVERO
Monitoraggio ex-post	Monitoraggio ex-ante	Monitoraggio ex-post
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene conto esclusivamente delle prestazioni erogate (non quantifica i no show); • Non permette di monitorare il tempo di attesa per gli outlier; • Non fornisce stima dei tempi (assoluti, medi, mediani); • Si basa su dati parziali e tardivi del sistema TS; • Per essere valido, è necessario che i campi dell'impegnativa siano valorizzati almeno al 90% e il tasso di prime visite sia 50/1.000 residenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Non fornisce stima dei tempi; • Tiene conto esclusivamente delle prestazioni prenotate; • Non permette di monitorare il tempo di attesa per gli outlier; • Non permette la stima della «consistenza di lista» (per programmazione) • È riferito ad una settimana / trimestre; • Esclude le prestazioni non soggette a garanzia (es. per rifiuto del paziente); • Dati autodichiarati dalle Regioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitato alla classe A; • Non considera il tempo di attesa dovuto a rinvii richiesti dal paziente creando bias su capacità di offerta dell'erogatore. • Valuta esclusivamente i ricoveri avvenuti (non quantifica il drop-out per rinuncia); • Non fornisce stima dei tempi (assoluti, medi, mediani), • Non permette la stima della «consistenza di lista »; • Dati non tempestivi (flusso SDO) .

Limiti dell'attuale modello di governance delle liste e dei tempi di attesa

DOMANDA	OFFERTA
<p>Aspetti organizzativi</p> <p>Non ancora matura la gestione della transizione epidemiologica</p> <p>Non ancora «sensibili» gli effetti della riforma territoriale</p> <p>Code pandemiche</p> <p>Aspetti gestionali</p> <p>Non disponibili analisi della domanda reale</p> <p>Non disponibili dati sulla consistenza di lista</p> <p>Non disponibili strumenti sistematici di analisi dell'appropriatezza prescrittiva (tipo di prestazione e classe di urgenza – RAO)</p> <p>Dunque, non identificabile l'attesa evitabile</p>	<p>AMBULATORIALI</p> <p>Aspetti organizzativi</p> <p>Percorsi di tutela non efficaci / sufficientemente applicati</p> <p>Disomogenea gestione delle c.d. «liste di garanzia»</p> <p>Erogatori integrativi (privato, farmacie)</p> <p>Impatto delle code generatesi da periodo pandemico</p> <p>Aspetti gestionali</p> <p>Disomogenea attenzione nel separare prime visite da controlli e PIC</p> <p>Disomogeneo collegamento delle agende di prenotazione ai CUP regionali</p> <hr/> <p>RICOVERI</p> <p>Aspetti organizzativi</p> <p>Impatto delle code generatesi da periodo pandemico</p> <p>Aspetti gestionali</p> <p>Sistemi di prenotazione non in rete regionale</p> <p>Eterogenei sistemi di gestione delle agende di ricovero</p> <p>Mancanza di dati del flusso ricoveri ex-ante</p>

PNGLA 2024-26
Il Tavolo Tecnico





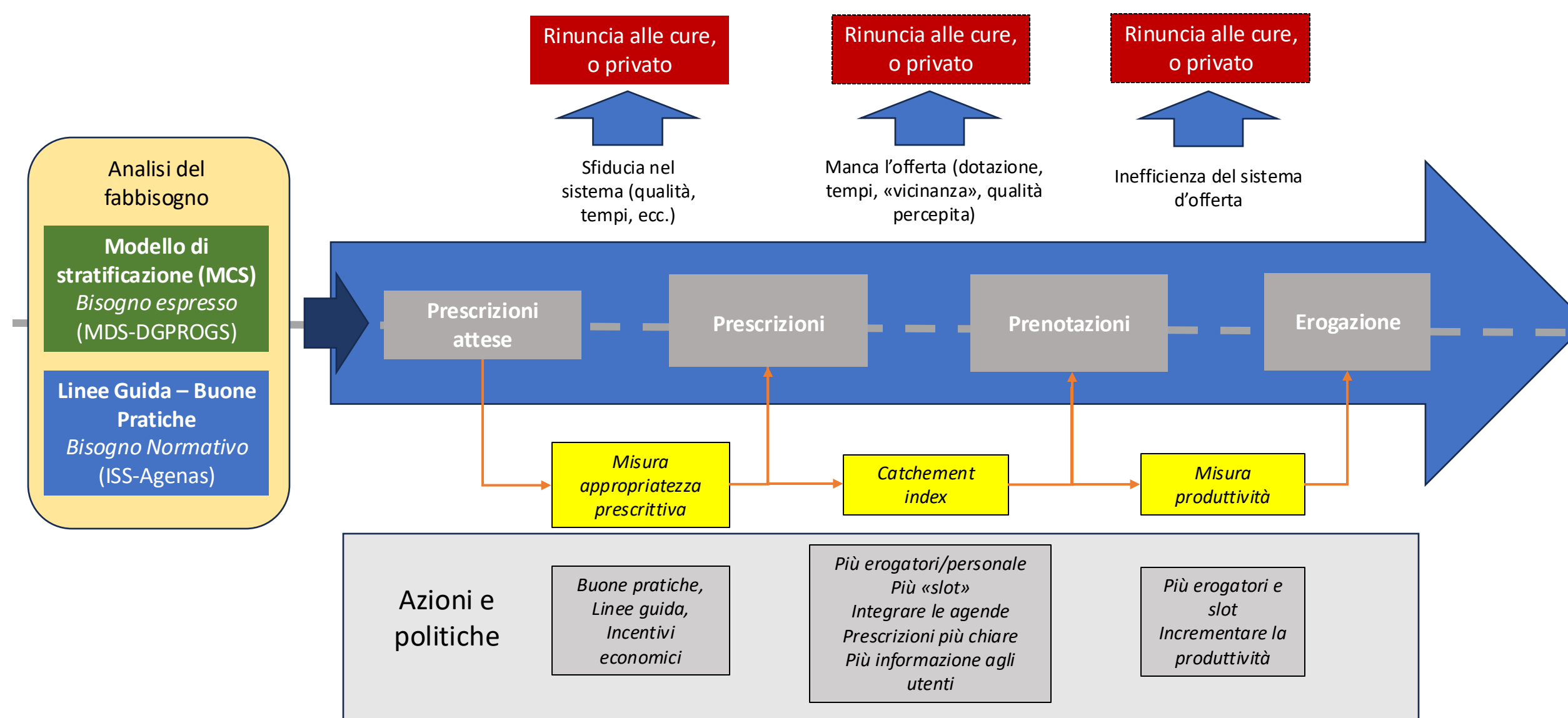


PUNTO 1 – GOVERNO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI SANITARIE

- Proporre nuove prestazioni da monitorare (e da eliminare) in base a volumi e criticità rilevate dai monitoraggi.
- Nuova definizione dei criteri di priorità
- Analisi del bisogno e rapporto bisogno/domanda
- Analisi delle «rinunce» alle cure
- Appropriatelyzza e Linee guida per orientare la formulazione della domanda
Integrazione con il SNLG (ISS)
- Ricorso a prestazioni in ALPI, Out of Pocket



Il «Sistema del PNGLA 24-26»





ISSUE 2 – NUOVI SISTEMI PER GARANZIA DI OFFERTA, ACCESSIBILITA' E TEMPI

PUNTI DI ATTENZIONE

- Ruolo del territorio (DM 77/2022; PNRR)
- Governo della presa in carico (PDTA, follow-up, prestazioni di controllo)
- Uniformare il modello del Day service a livello nazionale
- Nuovi modelli erogativi (Telemedicina)
- Nuovi attori nella rete di erogazione (es. Farmacia dei servizi)
- Ridefinizione dei percorsi di tutela
- Nuove Linee Guida nazionali sui sistemi CUP (datate 2008)
- Canali di prenotazione innovativi
- Trasparenza e funzionalità dei siti Web





PUNTO 3.2 – MONITORAGGIO E FLUSSI INFORMATIVI

Governare il sistema di offerta in funzione dei tempi di attesa reali

- Rilevare i tempi di attesa assoluti (medi, mediani)
- Superare «settimana indice»
- Verificare il collegamento e «l'apertura» di **tutte** le agende ai sistemi CUP
- Dimensionare il sistema di offerta (agende altre piattaforme produttive) degli erogatori per la programmazione
- Monitorare **in uno** istituzionale vs ALPI e misurare disallineamenti
- Monitorare percorsi di presa in carico e PDTA



STRUMENTI

Utilizzo estensivo dati della Tessera Sanitaria

Nuovi flussi e strumenti

PUNTO 3 – MONITORAGGIO E FLUSSI INFORMATIVI

Governare l'appropriatezza della domanda di prestazioni sanitarie attraverso il monitoraggio delle prescrizioni

- Dimensionare la domanda, intesa come volume di prescrizioni:
 - Analisi della **consistenza** di lista per programmazione assistenza specialistica
 - Tipizzazione della domanda
- Valutare l'appropriatezza prescrittiva
 - Per tipologia (prestazione/quesito diagnostico)
 - Per RAO (prestazione/quesito diagnostico/classe di priorità)
 - Per prescrittore (es. l'accesso prescritto da MMG; follow up prescritto da Specialista)



STRUMENTI

Utilizzo estensivo dati della Tessera Sanitaria

Nuovi flussi e strumenti



PUNTO 3.2 – MONITORAGGIO E FLUSSI INFORMATIVI

Governare il sistema di offerta in funzione dei tempi di attesa reali

- Eliminare monitoraggio sospensioni
- Utilizzare la rilevazione ex post a livello centrale solo per la rilevazione di nuove prestazioni critiche e considerare l'ex ante per la valutazione



PUNTO 3.3 – MONITORAGGIO E FLUSSI INFORMATIVI

Uniformare a livello nazionale il modello organizzativo per l'accesso al ricovero programmato e formalizzare la gestione del ricovero

- Misurazione indicatori di flusso
- Governare aspetti di programmazione, Operation management, ottimizzazione risorse e outcomes
- Monitorare anche classi non A
- Creare RAO ricoveri
- Identificazione univoca della «data di inserimento in lista d'attesa» e, dunque, del **reale** tempo di attesa
- Tassonomia omogenea dei passaggi di stato (es. paziente prenotato, convocato, in pre-ospedalizzazione, sospeso, annullato)



Nuovi sistemi di misurazione attività ospedaliera

ISSUE 3.4 – INDICATORI

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

- **numero di prescrizioni non seguite dalla prenotazione** (proxy della difficoltà di accesso al sistema di prenotazione - agende chiuse - o della difficoltà di accesso alla prestazione per insufficienza del sistema di offerta, tempi troppo lunghi e/o eccessiva distanza del domicilio dal luogo di erogazione e/o scarsa qualità percepita;
- **numero di prenotazioni non seguite dall'erogazione = no show** (proxy dell'inefficienza e dell'insufficienza del sistema di offerta che, anche in questo caso, determina una mancata fruizione della prestazione, ancorché prenotata)



ISSUE 3.4.1 – INDICATORI

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

A tendere

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

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





ARMONIZZAZIONE CON SISTEMA DI GOVERNANCE
ISTITUZIONALE

**PUNTO 4 – ARMONIZZAZIONE CON SISTEMA DI GOVERNANCE
ISTITUZIONALE**

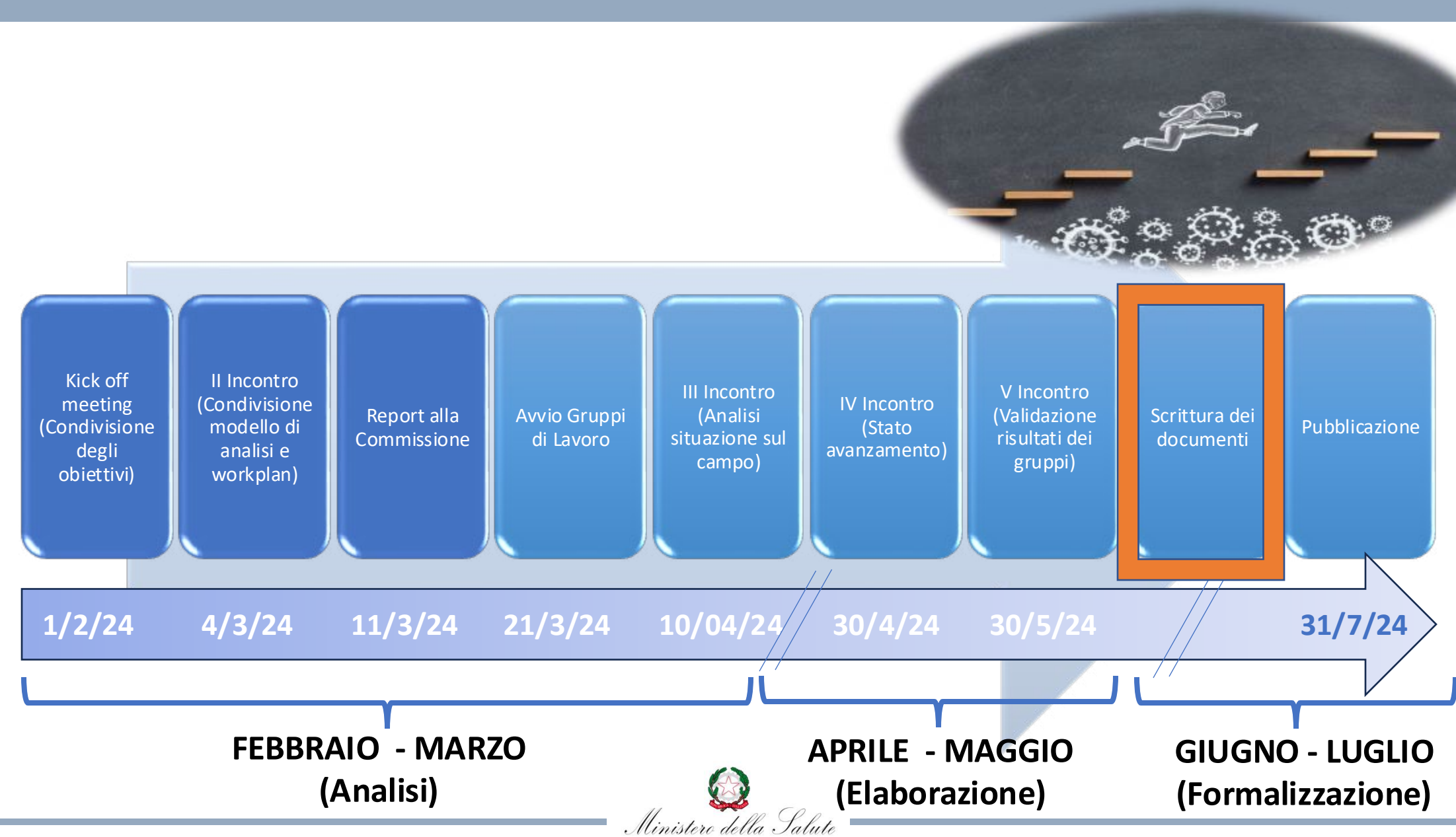
ALLINEAMENTO CON NSG

PIANO PANDEMICO

DM 70/2015

DM 77/2022





DECRETO LEGGE 73/2024
LEGGE DI CONVERSIONE N. 107/2024

«Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.» (GU n.178 del 31-7-2024)

ART. 1 Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa

- Finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma
- Presso AGENAS
- Utilizza dati sistema TS e modello di stratificazione del fabbisogno
- A fronte di inefficienze o anomalie >>>> audit nei confronti delle regioni con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa
- Obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito alla:
 - a) misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;
 - b) disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;
 - c) verifica dei percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa;
 - d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
 - f) attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
 - g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i RAO e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali.

«Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.» (GU n.178 del 31-7-2024)

ART. 2 Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria

- Dirette dipendenze del Ministro della salute
- Esercitare potere di accesso presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) inclusi i privati accreditati, anche utilizzando i dati della Piattaforma
- Regioni e PPAA istituiscono *l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa* e individuano *il Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS)*:
 - *funzioni e gli obiettivi di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa,*
 - *responsabilità in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa*
 - *verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini in tema di regolazione contrattuale degli erogatori.*
 - *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.*
 - *procede 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.*

«Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.» (GU n.178 del 31-7-2024)

ART. 3 Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e norme in materia di assunzioni

- Gli erogatori pubblici e privati accreditati afferiscono al CUP unico regionale o infra-regionale
 - a) presa in carico della cronicità e della fragilità e malattie rare, con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;
 - b) prenotazione al CUP unico da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;
 - c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;
 - d) accesso a chiamata all'interno di progetti di screening su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa
- La piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali costituisce condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e specifico elemento di valutazione, nell'ambito delle procedure di rilascio da parte delle regioni e PPAA dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992 e del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022.

«Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.» (GU n.178 del 31-7-2024)

ART. 3 Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e norme in materia di assunzioni

- Piena trasparenza delle agende (pubblico e privato accreditato)
- Sistema di disdetta delle prenotazioni e di recall, per remind - conferma - cancellazione almeno due giorni lavorativi prima
- Sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione
- L'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita
- Agende dedicate per PDTA gestite dallo specialista
- Divieto di sospensione delle prenotazioni

«Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.» (GU n.178 del 31-7-2024)

ART. 3 Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e norme in materia di assunzioni

- Se mancato rispetto dei tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel PNGLA non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente.

MISURE POSSIBILI

- ridefinizione volumi di attività e tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate;
- riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna, incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa;
- richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le equipe interessate

«Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.» (GU n.178 del 31-7-2024)

ART. 4 Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche (e aperture straordinarie dei centri trasfusionali)

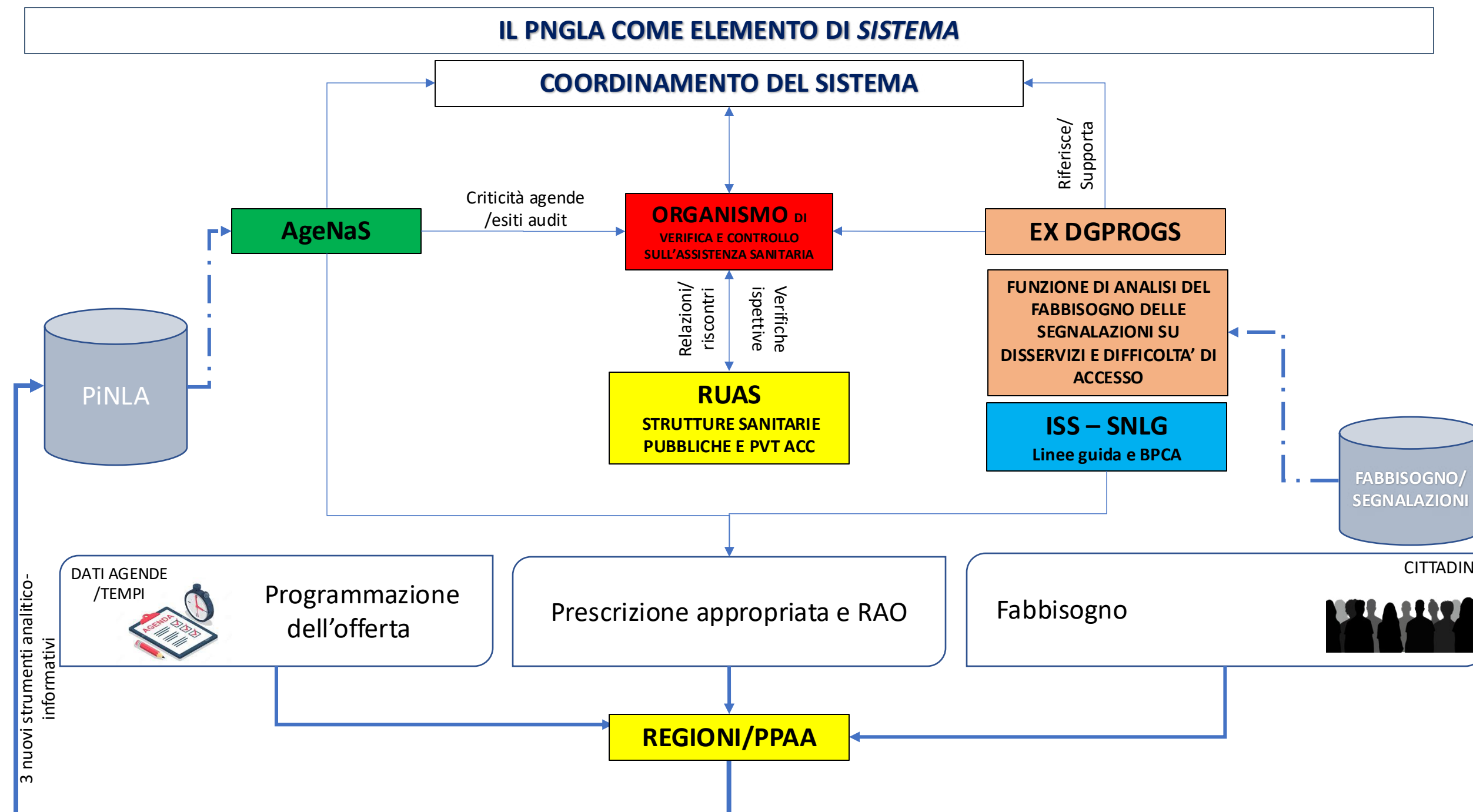
- le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata,
- corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, con il divieto che l'ALPI possa comportare per ciascun dipendente un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.

Art. 5 Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario

Art. 6 Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale

Art. 7 Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario

DOVE SIAMO ORA?



Decreti attuativi

Decreto attuativo di cui all'art. 1 comma 3 (con decreto del Ministro della salute, sentita l'AGENAS, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono adottate specifiche linee guida per definire ((i criteri di realizzazione e di funzionamento della Piattaforma nazionale di cui al comma 1 e i criteri di interoperabilità tra la medesima Piattaforma e le piattaforme regionali)). **IN DISCUSSIONE**

Decreto attuativo di cui all'art. 1 comma 4 (La Piattaforma di cui al comma 1 opera in coerenza con il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione» (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2 della ((Missione 6 - Salute, componente 1,)) del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e reso disponibile alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto), **ADOTTATO DM 29.10.2024**

Decreti attuativi

Decreto attuativo di cui all'art. 3 comma 5 (Il CUP attiva un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche contenute in linee di indirizzo omogenee a livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano) **e comma 7** (Nelle Linee di indirizzo di cui al comma 5 sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilita' sopravvenuta, e' tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita) **IN FASE DI ISTRUTTORIA**

Decreti attuativi

Ulteriori decreti attuativi (art. 5 comma 2, art. 6 comma 1) piano dei fabbisogni, tetto del personale, Dipartimenti di salute mentale

DPCM art. 2 comma 6 - I poteri sostitutivi [dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria] sono attivati previo contraddittorio e con le modalita' e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto – **IN DISCUSSIONE**

