



**REGIONE PIEMONTE
DIREZIONE SANITA'**

**LINEE DI INDIRIZZO
PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLE
VISITE E DELLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE
AMBULATORIALI**

Dicembre 2023

	SOMMARIO		
1.	INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO	PAG.	3
2.	GLOSSARIO GENERALE	PAG:	3
3.	IL CONCETTO DI APPROPRIATEZZA	PAG.	4
4.	PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PNGLA E SCREENING ONCOLOGICI	PAG.	6
5.	PRINCIPALI FONTI DI RIFERIMENTO RELATIVE ALL'APPROPRIATEZZA IN AMBITO DI VISITE E PRESTAZIONI AMBULATORIALI	PAG.	10
6.	MONITORAGGIO E MIGLIORAMENTO	PAG.	15
7.	RIFERIMENTI ESSENZIALI	PAG.	17

1. INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Il governo dei tempi di attesa per i ricoveri e le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, nella consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue diverse articolazioni.

Il presente documento descrive in modo particolare le linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dell'appropriatezza in ambito di visite e di prestazioni diagnostiche ambulatoriali, con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva, anche al fine di uniformare le specifiche modalità di gestione a livello aziendale e di informazione e formazione dei professionisti delle Aziende Sanitarie, da sviluppare secondo i seguenti obiettivi.

- definire il concetto di appropriatezza e di appropriatezza prescrittiva;
- individuare le principali fonti informative relative all'appropriatezza in ambito di visite e prestazioni diagnostiche ambulatoriali;
- definire strumenti e modalità per il monitoraggio e il miglioramento dell'appropriatezza in ambito di visite e prestazioni diagnostiche ambulatoriali.

Il miglioramento dell'appropriatezza può avere anche un positivo impatto sui tempi di attesa delle visite e delle prestazioni specialistiche, come peraltro riportato nel Piano straordinario di recupero dei tempi di attesa della Regione Piemonte, in quanto i tempi di attesa possono dipendere anche da un eccesso di domanda di prestazioni, o esami specialistici richiesti a livello regionale, o di specifica area geografica.

Con la DGR 167729 del 20 novembre 2023 "Definizione delle ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali. Integrazioni alle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, con decorrenza a far data dal 1° gennaio 2024 e rendicontate nel flusso C, di cui alla D.G.R. n.4-4878 del 14.04.2022" sono state definiti ulteriori indicazioni procedurali e gestionali anche al fine dell'appropriatezza.

Il presente documento sulle linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dell'appropriatezza in ambito di visite e di prestazioni diagnostiche ambulatoriali è in continua evoluzione; le eventuali considerazioni ai fini della sua integrazione potranno essere trasmessi alla mail

franco.ripa@regione.piemonte.it

2. GLOSSARIO GENERALE

Linee guida (LG)

Secondo la definizione dell'Institute of Medicine le linee guida (LG) sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti (e manager, *NdA*) nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

Percorsi terapeutici (PDTA/PSDTA)	diagnostici assistenziali	Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto (PNGLA 2012-2014). Il Percorso di salute e diagnostico terapeutico assistenziali (PSDTA) rafforza il concetto sull'attenzione agli aspetti della prevenzione e della presa in carico proattiva della persona assistita.
Appropriatezza		Come definito nel "Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza" (Ministero della Salute, luglio 2012, cui si rimanda per gli approfondimenti), l'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
Audit clinico assistenziale		È un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento. Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri. Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team, o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2002).
Assistenza ambulatoriale	specialistica	L'assistenza specialistica ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate negli ambulatori e nei laboratori territoriali o ospedalieri, pubblici o privati accreditati.

3. IL CONCETTO DI APPROPRIATEZZA

L'appropriatezza clinica, o specifica è la misura in cui un particolare intervento è sia efficace, sia indicato per la persona che lo riceve. Perché un intervento sia appropriato è necessario che i benefici attesi siano superiori ai possibili effetti negativi e ai disagi eventualmente connessi alla sua messa in atto. Occorre anche tenere conto dei costi: tra due interventi per la stessa condizione, un intervento sarebbe da considerarsi meno appropriato se, a fronte di un'efficacia di poco superiore, il suo costo fosse decisamente troppo alto. L'appropriatezza clinica si gioca nel processo decisionale e chiama in causa dunque il giudizio clinico.

L'appropriatezza organizzativa, o generica è riferita al livello di effettuazione dell'intervento (es. ospedale, domicilio, ambulatorio); per appropriatezza del livello di effettuazione si intende se un intervento (che può essere più o meno appropriato dal punto di vista clinico o specifico) viene erogato al livello più gradito dall'utente e/o meno costoso (Morosini PL).

L'appropriatezza prescrittiva può essere definita come la specifica circostanza della prescrizione riferita: alla particolare finalità della prestazione (terapeutica diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), allo stato clinico o personale del destinatario della prestazione, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, in coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali, in assenza della quale la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriata.

In tale contesto, i determinanti che comportano il ricorso a specifiche prestazioni possono essere così schematizzati:

- fattori riconducibili al paziente: gravità delle condizioni cliniche, convinzioni e percezioni riguardo la malattia, fiducia nei servizi sanitari, inclinazione al rischio e a prendere decisioni, tipo di comunità e di famiglia a cui appartiene, influenza del medico curante, suggerimenti delle persone che lo circondano.

- fattori inerenti il sistema dell'offerta: disponibilità di servizi nella zona di residenza del paziente, distanza geografica tra casa e ospedale, modalità con cui sono organizzati gli ambulatori (inclusi gli orari di accesso), tempi d'attesa, numero di posti letto, sistema di finanziamento delle organizzazioni sanitarie, incentivi ai professionisti.

- fattori riguardanti il professionista: competenza, adesione a linee guida, esperienza.

Come già evidenziato dal Ministero della Salute (Mattone 7 – misura dell'appropriatezza), risulta necessario procedere ad attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica ed efficacia rispetto ai costi delle prestazioni offerte, nonché all'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità del sistema.

L'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni si interseca inevitabilmente con le liste di attesa.

Su questo tema sono state poste in essere, sin dall'anno 2002, da parte dell'Assessorato alla Sanità e delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte molte azioni, formalizzate con deliberazioni di Giunta regionale e con atti dirigenziali susseguiti negli anni, a dare sostegno normativo a tutti i progetti ed alle iniziative attuate per il contenimento e la riduzione dei tempi di attesa.

Il D.P.C.M. 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 sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, interviene sull'argomento con l'obiettivo di rendere evidente l'aderenza delle prescrizioni alle evidenze scientifiche in coerenza con l'autonomia professionale del medico prescrittore.

Con la D.G.R. 22 Maggio 2023, n. 20-6920, titolata "Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022" è stato effettuato l'ulteriore aggiornamento del piano regionale.

Le azioni interessano, in particolare, i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste di attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza, con l'individuazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'amministrazione regionale ed i relativi standard di riferimento.

Con la D.G.R. 20 Novembre 2023, n. 16-7729 "Definizione delle ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali. Integrazioni alle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni" sono state approvate le ulteriori e modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Quanto sopra è da armonizzare anche con gli indirizzi forniti dal Piano nazionale Cronicità, recepito con D.G.R. n. 22-6467 del 09.02.2018, che ha contestualmente approvato il Piano

regionale della Cronicità – coerente con il disposto di quello nazionale – e con le “Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale Cronicità” contenute nell'allegato B della D.C.R. n. 306-29185 del 10/07/2018, che costituiscono un'importante fonte di orientamento per il funzionamento dei servizi e sono destinati a influenzare favorevolmente il governo della domanda di prestazioni sanitarie.

Altresì il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). In tale ambito sono

In tale ambito sono individuati quali indicatori proxy dell'appropriatezza del consumo di prestazioni ambulatoriali i seguenti:

- D12C. Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio;
- D13C. Consumo pro-capite prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti con più di 65 anni.

4. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PNGLA E SCREENING ONCOLOGICI

Il modello operativo si riferisce in via prioritaria, alle tipologie di prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto di monitoraggio nazionale e regionale, ai livelli di priorità cliniche, ai primi accessi e agli accessi successivi e alla valutazione di appropriatezza conseguente.

Sono considerate quali modalità per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, l'utilizzo delle Classi di priorità, del quesito diagnostico e l'identificazione di primo accesso, o accesso successivo; vengono posti in essere sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita per orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi nel contesto di specifici percorsi di salute e diagnostici terapeutici e assistenziali - PSDTA.

Visite e prestazioni diagnostiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio

Di seguito sono presentate le visite e le prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio nel piano nazionale per il governo dei tempi di attesa (PNGLA), con i relativi codici del Nomenclatore nazionale e regionale:

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice branca nuovi LEA	Codice nuovi LEA	Codice branca regionale	Codice Nomenclatore Regionale
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	08	89.7
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6	14	89.7
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	19	89.7
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13	32	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02	34	95.02

6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7	36	89.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1	37	89.26
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	38	89.7
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2	43	89.7
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7	52	89.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2	56	89.7
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	58	89.7
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6	64	89.7
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	68	89.7

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore Regionale
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	88.38.1
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	88.38.1
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	88.38.1
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.2
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.2
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.2
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88.38.5

34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	88.93
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	88.93.1
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88.72.6
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4 88.77.5	88.77.2
Altri esami Specialistici				
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.13
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1

66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C	93.08.1
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	93.08.1
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E	93.08.1
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.G	93.08.1

In tale ambito sono identificate le seguenti priorità

U (urgente)	Da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
B (Breve)	Da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile)	Da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
P (Programmata)	Da eseguire entro 120 giorni; fino al 31.12.2019 la classe P è considerata da eseguire entro 180 giorni. In questa classe sono incluse le prestazioni programmate, <u>anche di Primo Accesso</u> , di approfondimento, controllo, follow-up.

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, recepito con DGR n. 110-9017 del 16.05.2019, stabilisce che nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso o prestazione successiva al primo accesso come i controlli.

I controlli devono essere prescritti dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione e a tal fine le Aziende devono prevedere idonee modalità per consentire la prenotazione da parte del medico specialista della struttura.

Screening oncologici

Gli screening per la prevenzione dei tumori (screening oncologici) sono interventi sanitari effettuati su una popolazione suddivisa per fasce di età bersaglio, per individuare le persone che potrebbero avere la malattia, quando essa non dà ancora sintomi.

Si utilizzano test semplici o esami, che consentono di rilevare forme tumorali o pre-tumorali con molto anticipo. Questi test ed esami sono efficaci e sicuri, non troppo invasivi e con effetti collaterali trascurabili. Permettono di diagnosticare la malattia in uno stadio molto precoce, e di iniziare quindi le cure tempestivamente, con maggiori probabilità di preservare la qualità della vita e, soprattutto, di salvare la vita stessa. Per alcuni tumori (colon-retto e cervice uterina) i test di screening permettono anche di individuare lesioni nella fase pre-invasiva (precursori del cancro) che possono essere curate e/o asportate, interrompendo la loro possibile evoluzione verso un tumore invasivo, con trattamenti limitati e poco invasivi.

Prevenzione Serena è il programma organizzato di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto messo a punto dalla Regione Piemonte. È offerto a tutti i cittadini residenti, o domiciliati con scelta del Medico di Medicina Generale nel territorio piemontese ed è attuato dalle Aziende Sanitarie Locali in collaborazione con le Aziende Sanitarie Ospedaliere. Fa parte delle reti europee dei programmi di prevenzione per questo tipo di tumori e collabora, oltre che con le Aziende Sanitarie piemontesi, anche con i Comuni, l'Ordine dei Medici, le farmacie, la Società Italiana di Medicina Generale e le Facoltà di Medicina piemontesi.

I test che fanno parte del programma sono:

- la mammografia bilaterale per lo screening del tumore della mammella
- il Pap test, o il test per la ricerca del DNA di Papillomavirus umano (test HPV) per lo screening del tumore del collo dell'utero
- la ricerca del sangue occulto nelle feci per lo screening dei tumori del colon-retto

5. PRINCIPALI FONTI DI RIFERIMENTO RELATIVE ALL'APPROPRIATEZZA IN AMBITO DI VISITE E PRESTAZIONI AMBULATORIALI

La riduzione della variabilità dei comportamenti prescrittivi in ambito di prestazioni ambulatoriali è una delle dimensioni principali su cui si sono concentrati negli ultimi anni gli interventi in una logica di clinical governance del fenomeno.

Tale tematica assume un ruolo di rilievo nella gestione delle liste d'attesa in quanto risulta direttamente correlata alla gestione della domanda di prestazioni.

In tale ambito le principali fonti informative sono i seguenti:

- i data base amministrativi;
- i Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO);
- le condizioni di erogabilità;
- il progetto Choosing wisely Italy;
- i percorsi di salute e diagnostici terapeutici ed assistenziali (PSDTA).

Deve anche esser aggiunto che La Biblioteca Virtuale della Salute (BVS-P) della Regione Piemonte mette a disposizione del personale delle Aziende sanitarie piemontesi periodici elettronici e banche dati: attraverso il suo [sito internet](#) è possibile accedere a una biblioteca esclusivamente digitale.

Data base amministrativi

Il debito informativo regionale nei confronti del Ministero della Salute viene soddisfatto attraverso la raccolta dei flussi informativi regionali che si distinguono in Flussi di mobilità regionale generati da prestazioni sanitarie erogate a cittadini presso le ASR, o altri soggetti privati accreditati dal Sistema Sanitario Regionale.

La finalità per la quale sono stati istituiti i Flussi informativi regionali è l'acquisizione dei dati di attività ed economici delle aziende sanitarie pubbliche e dei soggetti privati accreditati rispetto ai diversi ambiti di erogazione dei servizi sanitari siano essi ospedalieri che territoriali od a vantaggio di residenti, o non residenti (in quest'ultimo caso si parla di Mobilità interregionale).

La disponibilità di questi dati è alla base dei compiti di programmazione e controllo della spesa sanitaria regionale dei diversi interlocutori coinvolti (Direzione Sanità, settori competenti per materia, enti a supporto, Ministeri e soggetti a rilevanza nazionale).

La fornitura di dati che le aziende sono chiamate a produrre deve in particolare rispettare i criteri descritti all'interno dei Disciplinari regionali dedicati ad ogni specifico flusso.

Il flusso C (specialistica ambulatoriale strutture pubbliche) è un flusso regionale utilizzato per la compensazione economica. Registra l'attività specialistica ambulatoriale e la relativa valorizzazione, resa dalle strutture pubbliche; le prestazioni vanno valorizzate in base al tariffario regionale vigente.

Si considerano prestazioni specialistiche ambulatoriali appartenenti al mese di riferimento, quelle che sono avvenute in una data compresa nel mese e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel mese, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket). Oggetto della rilevazione sono le informazioni relative alle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, ivi comprese quelle di pronto soccorso se non seguite da ricovero. I dati rilevati riguardano la struttura erogatrice, le prestazioni, l'utente e gli importi.

Le Strutture assolvono ai loro debiti informativi (FILE C e ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente). Il flusso C comprende tutte le informazioni (informazioni anagrafiche ed informazioni amministrative, cliniche e di processo) inerenti le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a carico dei pazienti, residenti e non residenti, presso gli erogatori pubblici e privati accreditati ubicati nel territorio regionale e previste dal "Nomenclatore Tariffario Regionale".

I dati relativi alle prestazioni costituiscono debito informativo da parte delle Aziende Sanitarie nei confronti della Regione, e da questa, nei confronti del Ministero della Salute.

I file relativi al flusso informativo vengono trasmessi mensilmente e contengono tutte le prestazioni effettuate dalla Struttura per il mese di riferimento. I controlli logico-formali dei file si realizzano esclusivamente in modalità informatizzata, sulla base dei controlli che possono essere operati sui "campi" contenuti nel file, secondo quanto stabilito dai tracciati record definiti dalla Regione Piemonte.

Riferimento

Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 13-6981 titolata "Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate".

Disciplinare tecnico flusso informativo specialistica ambulatoriale e altre prestazioni: : B, C, C2, C4, C5

La responsabilità della diagnosi e della prescrizione appartiene al medico che ha prescritto le prestazioni, che devono essere coerenti con il quesito diagnostico e con quanto riportato nella corrente letteratura scientifica ed EBM e, comunque, conformemente a quanto attiene la buona pratica medica.

La Struttura erogante, prima di ammettere il cittadino alla fruizione delle prestazioni, deve procedere alla verifica della regolarità, anche formale, della ricetta e alla identificazione del paziente. E' opportuno precisare che le normative vigenti che regolamentano le modalità di prescrizione e di erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSN non cambiano con l'utilizzo della ricetta dematerializzata.

In coerenza con il principio di appropriatezza, la struttura deve erogare le prestazioni nel rispetto dei tempi, dei modi e delle quantità effettivamente necessarie al soddisfacimento del bisogno diagnostico terapeutico del paziente e nel rispetto delle specifiche indicazioni cliniche contenute nei provvedimenti regionali di applicazione dei Livelli Essenziali di assistenza.

Di seguito si riportano alcuni ambiti di attenzione in fase prescrittiva oggetto di controllo:

- prescrizione priva di diagnosi, o sospetto diagnostico;
- prescrizione con indicazioni diagnostiche generiche, prive di ulteriori specificazioni, che non consentano di valutare l'appropriatezza delle prestazioni richieste in relazione al quesito, o motivazione clinica (per es. "accertamenti", "procedure di prevenzione", "controllo periodico", ecc);
- prescrizione di prestazioni totalmente escluse dai LEA;

- prescrizione che riporta esenzione dalla partecipazione alla spesa per patologia incongruente rispetto alla diagnosi enunciata;

- prescrizione di prestazioni non appropriate rispetto al quesito diagnostico.

Come riportato nella DGR 167729 del 20.11.2023, le strutture sanitarie pubbliche del SSR sono tenute ad assicurare che tutte le prestazioni successive al primo accesso siano prescritte dalla struttura che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura.

In tal senso, l'organizzazione aziendale deve garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia.

Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, le aziende sono tenute ad assicurare il governo attivo nel sistema CUP delle Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dalla struttura che già ha preso in carico il paziente;

Tutte le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato (pre-ricovero e post-ricovero) erogate al paziente devono essere rendicontate nel flusso C4, in quanto si ricorda che sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva del DRG di ricovero e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino. In proposito, è compito della direzione aziendale assicurare il rispetto delle Linee guida n°1/1995 del Ministero della Sanità "Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994" che in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, prevedono che le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, devono essere considerate prestazioni ambulatoriali.

Le prestazioni di pre-ricovero e post-ricovero, devono essere eseguite all'interno della struttura sanitaria e rendicontate nel flusso C4, non necessitano di impegnativa dematerializzata e non devono essere rendicontate nel flusso C. Ove possibile si raccomanda di utilizzare le eventuali documentazioni clinico-sanitarie già disponibili del cittadino/paziente che sono state eseguite prima della presa in carico da altre strutture sanitarie.

Le aziende sanitarie, con riferimento ai propri ospedali a gestione diretta, dovranno migliorare i processi dei percorsi di salute, diagnostico terapeutici assistenziali, organizzativi e produttivi in ambito sanitario verificando che gli stessi tengano conto, tra l'altro, del tempo "valore" per il cittadino/persona assistita/paziente, ed assicurando una prospettiva di gestione integrata delle patologie croniche tra ospedale e territorio.

Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)

Il governo dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche prevede il rispetto di criteri di prescrizione indicati nei Raggruppamenti di Attesa Omogenea.

Il metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea) ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base a criteri clinici espliciti.

Il Manuale RAO di riferimento (prodotto da un gruppo di lavoro interregionale insediato in Agenas e parte integrante del già citato Piano di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021) descrive un modello operativo orientativo finalizzato a rendere il più possibile uniformi i comportamenti di prescrizione, secondo priorità, fra le diverse Regioni e Province Autonome.

Il Manuale consente di dare tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla base di indicazioni cliniche esplicite.

Il modello prevede l'utilizzo di "parole chiave" (una sorta di linguaggio comune) per ciascun gruppo di priorità clinica, omogeneo per l'attesa attribuita al paziente in lista.

Le parole chiave cliniche e i corrispondenti limiti massimi di attesa sono definiti con il coinvolgimento partecipato dei medici di famiglia, degli specialisti ospedalieri e convenzionati e di Cittadinanzattiva.

Il modello prevede inoltre la continua valutazione della concordanza fra medico prescrittore e specialista e il continuo aggiornamento delle "parole chiave".

Le definizioni sono state concordate da Agenas con le società scientifiche dei medici e le loro associazioni, basate su indicazioni cliniche attraverso "parole chiave" per ciascun gruppo di priorità clinica per le quali sono stati indicati i tempi di attesa ritenuti adeguati. Questi criteri sono stati pensati per essere di aiuto alla decisione per il medico che prescrive la prestazione, coerenti con l'appropriatezza clinica.

La corretta individuazione della classe di priorità e l'uso appropriato delle prestazioni è indispensabile per contenere i tempi di attesa, modulando la domanda di prestazioni sanitarie in funzione della reale urgenza e della loro necessità. In un contesto in cui la capacità di offerta non può essere estesa in modo lineare con la crescita della domanda diventa imperativo agire su questa in modo da evitare sprechi.

Con la DD 259 DEL 10/04/2019 "Integrazione e modifica degli Allegati 2_A e 2_B della DD n. 43 del 04.02.2008. Aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di gastroenterologia e modifica del documento di indicazioni per la preparazione del paziente alla colonscopia totale" sono state date indicazioni al fine di uniformare il più possibile i comportamenti prescrittivi e conseguentemente le modalità di erogazione delle prestazioni secondo il rispetto del principio di equità ed omogeneità

Riferimento: Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO (allegato C al PNGLA 2019-2021)

Le condizioni di erogabilità

Il decreto 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" aveva individuato le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996.

Il DPCM Lea del 2017 aveva poi previsto, all'art. 64, che dalla data di entrata in vigore del Decreto Tariffe, il DM 2015 venisse revocato.

In data 4 agosto è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF del 23 giugno 2023 sulle tariffe dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017. Il Decreto aggiorna le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica e definisce le tariffe per le nuove prestazioni introdotte con i Lea nel 2017, in modo che siano erogate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

In tale ambito si intende per:

a) «condizioni di erogabilità» le specifiche circostanze 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 in assenza delle quali la prestazione specialistica risulta inappropriata e non può essere erogata nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale;

b) «indicazioni di appropriatezza prescrittiva» le specifiche circostanze 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 prescritto-

re, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali specificate nell'allegato 1, in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriata;

Choosing wisely Italy

Promosso da Slow Medicine ETS in analogia a Choosing Wisely USA, il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriata in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.

Il progetto si basa sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini, e viene attuato attraverso:

- le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi;
- il miglioramento del dialogo e della relazione dei medici e degli altri professionisti con i pazienti e i cittadini, perché possano essere effettuate scelte informate e condivise, nell'ambito di un rapporto di fiducia;
- una diffusa informazione e formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- la messa a punto di materiale informativo per i cittadini e i pazienti;

un'ampia condivisione con i cittadini, i pazienti e le loro rappresentanze;

- l'applicazione delle raccomandazioni, attraverso l'alleanza tra professionisti, pazienti e cittadini.

Le raccomandazioni Choosing Wisely Italy sono inserite tra le buone pratiche clinico-assistenziali nel Sistema Nazionale Linee Guida-SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità.

Percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali

Con la nota prot. 9530 del 02.11.2023 della Direzione Sanità e successivi aggiornamenti a cui si rimanda è stato trasmesso alle Aziende Sanitarie il manuale metodologico sulle "Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostici Terapeutici e Assistenziali PSDTA"-

Il Documento vuole rappresentare un indirizzo operativo essenziale per lo sviluppo dei PSDTA ai diversi livelli istituzionali (Regione, Aree di programmazione, Aziende, Dipartimenti, Unità operative ecc.) ed è rivolto ai professionisti e al management coinvolti nella produzione, implementazione, monitoraggio e revisione dei percorsi, rappresentando anche uno strumento utile ai fini della formazione.

Come tale è un Documento di base a cui tendere progressivamente, sia per l'aggiornamento dei percorsi già sviluppati, sia per la redazione dei nuovi percorsi, individuando in ogni PSDTA anche le raccomandazioni e i relativi indicatori di appropriatezza ai fini della valutazione e del miglioramento continuo.

In tale ambito sono da tenere in considerazione i diversi livelli di Percorsi, come di seguito descritto:

PSDTA ideale

Il "percorso ideale" è relativo alle migliori pratiche professionali e gestionali sulla base di EBM/EBN e delle linee guida a supporto e per disegnare un modello che serva da indirizzo a cui tendere progressivamente;

PSDTA effettivo

Il “percorso effettivo” rappresenta che cosa effettivamente succede ad un paziente tipo nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione in studio;

PSDTA di riferimento

Il “percorso di riferimento” rappresenta, in relazione al percorso ideale, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di quella determinata situazione organizzativa e di risorse.

Implementazione delle raccomandazioni

Un punto fondamentale è rappresentato dalla diffusione e dall’implementazione dei contenuti delle raccomandazioni per l’appropriatezza .

La semplice produzione di documenti, infatti, non porta ad alcun cambiamento in assenza di adeguate strategie di diffusione ed implementazione che tengano conto delle condizioni di lavoro in cui si trovano a operare i destinatari delle stesse.

L’implementazione consiste nell’introdurre nella pratica corrente i cambiamenti di comportamento proposti per mezzo delle raccomandazioni, utilizzando strategie di intervento appropriate.

Implementazione significa anche agire attivamente rispetto alla soluzione di un problema; le esperienze relative all’implementazione delle linee guida cliniche indicano che non basta semplicemente presentare e diffondere le raccomandazioni; è necessario adottare strategie attive per promuovere il loro ingresso nella pratica e per radicarle in un cambiamento culturale complessivo.

Sono considerati efficaci al fine dell’implementazione i seguenti interventi:

- formazione, anche accreditata ECM;
- incontri formativi interattivi.
- outreach visits;
- reminders (manuale o computerizzato);
- interventi multipli (una combinazione che include due o più dei seguenti: audit e feedback, reminders, processi di consenso locali, marketing);
- ecc.

6. MONITORAGGIO E MIGLIORAMENTO

La principale modalità di valutazione dell’appropriatezza è quella di concentrarsi sul processo dell’assistenza e confrontare le modalità di comportamento con standard predefiniti, costruiti sulla base della migliore evidenza scientifica disponibile.

Lo scostamento da un comportamento considerato atteso consente di evidenziare un intervento potenzialmente inappropriato. Laddove mancano valutazioni di efficacia adeguate e, di conseguenza, standard predefiniti, una valutazione del processo assistenziale consiste nell’analisi della variabilità prescrittiva, con l’obiettivo di mettere in evidenza aree sulle quali concentrare l’attenzione e che richiedono approfondimenti successivi.

E’ chiaramente questa la situazione nel campo delle visite e delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali dove, al di fuori di studi su casistiche limitate ed in ambiti territoriali ristretti, non è possibile collegare lo specifico quesito diagnostico, o la specifica patologia, alla/alle prestazioni richieste/erogate.

I piani aziendali per il miglioramento dell’appropriatezza, a titolo esemplificativo saranno da strutturare secondo seguenti punti di riferimento:

- criticità di partenza:

- obiettivi;
- azioni e tempi;
- valutazione e ripresa del ciclo.

Indicatori

Gli indicatori sono variabili sintetiche “informative” utili per fornire una valutazione sintetica circa il raggiungimento, o il mantenimento nel tempo di un determinato obiettivo prefissato. Possono fornire sia valutazioni istantanee che andamenti nel tempo e nello spazio, contribuendo quindi all'orientamento sulle decisioni da assumere.

In tale ambito, gli indicatori di primo livello rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione del percorso negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

Gli indicatori di secondo livello non sono calcolabili direttamente a partire dai flussi informativi correnti, ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale

La scelta degli indicatori dovrebbe essere effettuata in prima battuta all'interno di quelli già routinariamente collezionati da parte dei sistemi informativi correnti.

Se ciò non viene ritenuto possibile, andranno costruiti specifici strumenti di raccolta delle informazioni mancanti nei sistemi correnti,

Per la rilevazione dell'appropriatezza sono utilizzabili, a titolo esemplificativo, i seguenti indicatori:

- numero e percentuale di visite/prestazioni erogate per tipologia nel periodo, totali e per classe di priorità;
- numero e percentuale di visite/prestazioni erogate per tipologia nel periodo in coerenza con criteri espliciti di appropriatezza;
- numero e percentuale di visite/prestazioni erogate per tipologia nel periodo, in coerenza con i RAO;
- numero e percentuale di visite/prestazioni erogate per tipologia nel periodo, per residente area geografica/ASL;
- monitoraggio dei Percorsi di Salute e Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA/PSDTA) in specifiche aree.

Altresì sono messe in atto valutazioni analitiche di coerenza tra le prescrizioni e le prestazioni richieste/erogate

Audit

Come riportato nel Manuale del Ministero della Salute “L’audit clinico” (Maggio 2011) il Ministero della Salute, ha definito l’Audit clinico” come: “Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell’assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell’impatto delle misure correttive introdotte”.

L’audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l’assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell’assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento. Aspetti di struttura, processo ed esito vengono

selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri. Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team, o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata.

Il processo dell'audit clinico può essere rappresentato come un ciclo, costituito da specifici passaggi chiave, gerarchicamente collegati tra loro:

1. identificare l'ambito e lo scopo dell'audit;
2. definire criteri, indicatori e standard;
3. osservare la pratica e raccogliere i dati;
4. confrontare i risultati con gli standard;
5. realizzare il cambiamento e rivalutare i risultati.

Il rapporto di audit dovrà essere in linea con i principi della comunicazione scritta, stabiliti nella fase di preparazione dell'audit clinico. Devono essere previste modalità precise di diffusione del documento all'interno della struttura sanitaria: per esempio può essere elaborata anche una versione sintetica del documento da divulgare a tutti i servizi.

In relazione alle criticità evidenziate nella fase di verifica, viene quindi pianificato l'intervento di adeguamento, riportando e dando evidenza:

- degli obiettivi (l'adeguamento nei confronti degli standard);
- delle azioni correttive e preventive da effettuare.

In tale ambito è molto utile schematizzare il piano di miglioramento attraverso il diagramma di Gantt.

Il diagramma di Gantt è utilizzabile sia in fase di progettazione sia in fase di verifica del buon andamento del piano di miglioramento.

La verifica dell'attuazione effettiva del piano di adeguamento viene effettuata almeno su due livelli:

- le azioni effettuate;
- il raggiungimento degli obiettivi.

Qualora dalle attività di verifica siano evidenziate specifiche criticità, saranno ridefiniti gli obiettivi e le azioni, riprendendo il ciclo di miglioramento.

7. RIFERIMENTI ESSENZIALI

Riferimenti normativi

- Piano nazionale per il Governo Liste di Attesa 2019-2021;
- D.D. n. 259 del 10.04.2019, "[...] Aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di gastroenterologia [...];
- D.D. n. 973 del 24.12.2019, "Integrazione e modifica dell'Allegato 1 della D.D. n. 375 del 10.07.2009. Aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di Cardiologia;
- DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017. "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017";

- D.G.R. n. 14-2889 del 19.02.2021, “Modifiche e integrazioni alle DD.G.R. n. 1-1881 del 10.08.2020 e n. 5-2435 del 1.12.2020. Adeguamento schema contrattuale alle regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2020. Proroga regole in via transitoria per l'anno 2021. Valorizzazione economica delle eccedenze di prestazioni sanitarie realizzate per residenti in altre regioni negli anni 2017-2018”;
- D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, di costituzione della Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D. L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017.
- D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, “Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980”;
- D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, inerente a “Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, a norma dell'art. 1, commi 276 e seguenti, della L. 30 dicembre 2021, n. 234, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”;
- DGR 14 aprile 2022, n. 4-4878 “Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso”;
- D.G.R. 22 Maggio 2023, n. 20-6920, “Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022”;
- D.G.R. 20 Novembre 2023, n. 16-7729 “Definizione delle ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali. Integrazioni alle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni”.

Riferimenti bibliografici

- Ministero della Salute. L'audit clinico. Maggio 2011;
- Ministero della Salute. Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriately Luglio 2012;
- Progetto Choosing Wisely Italia. Fare di più non significa fare meglio;
- Manuale RAO per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (Agenas luglio 2020).