



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## DELIBERAZIONE N. 62/24 DEL 4.12.2020

---

**Oggetto: Piano regionale di governo delle liste di attesa.**

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ricorda che, con la deliberazione della Giunta regionale n. 39/57 del 23.9.2011, è stato approvato in via definitiva il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2010-2012, predisposto sulla base del Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa 2010-2012. Con la successiva deliberazione della Giunta n. 19/42 del 17.4.2018 sono state approvate le linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa e definite le modalità, i tempi e le azioni per potenziare le procedure di accesso e per ottimizzare le risorse disponibili al fine di perseguire l'appropriatezza prescrittiva. In questa fase è stata adottata provvisoriamente una prima versione dei Raggruppamenti di Attesa Omogeni (RAO) e incentivato l'utilizzo della prescrizione dematerializzata presso i medici prescrittori.

Ancora, con la deliberazione della Giunta n. 21/24 del 4.6.2019 è stata recepita l' "Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) per il triennio 2019 – 2021, di cui all'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, del 21 febbraio 2019 (Repertorio atti n. 28/CSR)" e rinviato ad un successivo provvedimento della Giunta l'approvazione del Piano regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) 2019-2021 che dovrà definire in modo dettagliato tutti i punti di cui all'allegato A, punto 2, dell'Intesa medesima.

Infine, è stata approvata la deliberazione della Giunta n. 46/47 del 22.11.2019 avente ad oggetto "Abbattimento delle liste d'attesa. Ripartizione dei fondi di cui alla legge regionale n. 16 del 16.9.2019. Seconda variazione di bilancio. Disposizioni in materia sanitaria. Modifiche alla legge regionale 11 gennaio 2018, n. 1 (Legge di stabilità 2018) e alla legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 (Legge di stabilità 2019)".

L'Assessore ricorda che il sopra menzionato PNGLA prevede che le Regioni adottino un proprio Piano regionale di governo delle liste di attesa il quale deve riportare e garantire tutte le linee di intervento ivi contenute; il presente documento, in ottemperanza a quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, siglato con l'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, esplicita e recepisce i punti in esso contenuti e definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.



L'Assessore precisa che il PRGLA fissa i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero indicate dal citato PNGLA e, inoltre, individua le principali linee di intervento per un approccio strategico al problema del governo delle liste di attesa, con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva, all'organizzazione dell'offerta, all'aumento della capacità di erogare prestazioni, alla pubblicizzazione dell'accesso al sistema ed alla sensibilizzazione di operatori e utenza.

L'Assessore, sulla base di quanto indicato in premessa, propone di approvare il Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.

La Giunta regionale, udita la proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, visto il parere favorevole di legittimità del Direttore generale della Sanità

#### **DELIBERA**

- di approvare il Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- di dare mandato alla Direzione generale della Sanità di trasmettere il Piano alla Direzione generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, e di curarne la pubblicazione sul sito internet istituzionale e sul portale della Regione e delle Province Autonome;
- di dare mandato alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di adottare i rispettivi Piani attuativi di governo delle liste di attesa (PAGLA) secondo le indicazioni contenute nel punto 2.2 del PRGLA.

Letto, confermato e sottoscritto.

**Il Direttore Generale**

Silvia Curto

**Il Presidente**

Christian Solinas



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**Allegato alla Delib.G.R. n. 62/24 del 4.12.2020**

# Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa

Triennio 2019-2021

*(ai sensi della Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019/2021 – Rep. Atti 28/CSR)*



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**INDICE**

1	Introduzione .....	4
1.1	Premessa .....	4
1.2	Il contesto regionale .....	4
1.3	Riforma del Sistema sanitario regionale .....	5
2	Governance .....	6
2.1	Organizzazione .....	6
2.1.1	Cabina di Regia Regionale .....	6
2.1.2	Rappresentante Unico per il Governo delle Liste di Attesa (RUGLA) .....	6
2.1.3	Gruppo di Coordinamento CUP regionale (GCCR) .....	6
2.2	Programmi Attuativi Aziendali (PAGLA) .....	7
2.3	Il Sistema premiale .....	7
3	Linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali .....	8
3.1	Strategia di contenimento dei tempi di attesa .....	8
3.2	Governo della domanda .....	8
3.2.1	Regole prescrittive .....	8
3.2.2	Consolidamento dei sistemi di prioritizzazione e ambiti di garanzia .....	10
3.2.3	La ricetta elettronica dematerializzata .....	10
3.2.4	La Cartella delle cure primarie e il Fascicolo Sanitario Elettronico .....	11
3.2.5	Gestione del paziente cronico .....	12
3.3	Governo dell'offerta .....	12
3.3.1	Pianificazione dell'offerta nei Programmi Attuativi Aziendali .....	12
3.3.2	Potenziamento dell'offerta di prestazioni .....	13
3.3.3	Utilizzo delle grandi apparecchiature .....	13
3.3.4	Telemedicina .....	13
3.3.5	Definizione dei "percorsi di tutela" .....	14
3.3.6	Attività libero professionale intramuraria (ALPI) .....	14
3.4	Sistemi di prenotazione e presa in carico .....	15
3.4.1	La presa in carico del paziente .....	15
3.4.2	Il servizio CUP .....	16
3.4.3	La rete dei punti di prenotazione .....	17
3.4.4	L'agenda di prenotazione .....	18
3.4.5	Canali di accesso/fruizione del Sistema CUP .....	19
3.4.6	Il processo di prenotazione .....	20



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

3.4.7	Gestione delle disdette .....	20
3.4.8	Prestazioni non eseguite per mancata presentazione .....	21
4	Linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero .....	21
4.1	Programmazione attività di ricovero .....	21
4.2	Uso sistematico delle classi di priorità .....	22
4.3	Gestione trasparente delle liste d'attesa .....	23
5	Monitoraggio per il governo delle liste di attesa .....	23
5.1	Strumenti per il monitoraggio .....	23
5.2	Prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio .....	23
5.3	Prestazioni di ricovero ospedaliero oggetto di monitoraggio .....	26
5.4	Monitoraggio dei tempi di attesa e relativi flussi informativi .....	27
5.5	Vigilanza sulla sospensione delle prenotazioni ed erogazioni .....	27
5.6	Monitoraggio Programmi attuativi aziendali .....	28
6	Trasparenza e comunicazione istituzionale .....	28
7	Disposizioni transitorie .....	29



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 1 INTRODUZIONE

---

### 1.1 PREMESSA

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) è stato redatto secondo quanto previsto dal Piano Nazionale dei Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 con l'obiettivo di individuare le azioni per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Il governo delle liste di attesa è un sistema complesso che va affrontato su numerosi fronti. L'applicazione delle linee di intervento specificate nel Piano, oltre a rendere più efficace ed efficiente l'erogazione delle prestazioni specialistiche ed ospedaliere, ha l'obiettivo di razionalizzare ed eventualmente ridurre le liste d'attesa.

Il presente Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli coinvolti nel processo di definizione o approfondimento diagnostico, prevedendo anche modelli di gestione integrata del bisogno di salute del cittadino sui diversi setting assistenziali.

Il Piano intende conseguire la centralità del cittadino nel suo percorso diagnostico e terapeutico attraverso lo strumento della presa in carico concreta, facendo in modo che l'accesso alle prestazioni sia gestito nella sua complessità dalle strutture del sistema sanitario, secondo principi di equità e appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva.

La presa in carico, sia per il paziente cronico che per quello acuto, rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che direttamente programmate dalla struttura. Una parte fondamentale del processo di razionalizzazione dei processi di diagnosi e cura è rappresentato dal sistema informativo sanitario, che costituisce una piattaforma per la condivisione di dati del paziente tra operatori della sanità che lo prendono in cura, per realizzare le cure connesse (Connected Care). Il governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 21/24 del 04.06.2019 è stata recepita l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) per il triennio 2019 – 2021, di cui all'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, del 21 febbraio 2019 ed è stato rinviato a un successivo provvedimento della Giunta l'approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021. Nell'Allegato A sono riportati i punti principali del PNGLA 2019-21 che devono essere garantiti con l'adozione del presente PRGLA, con l'indicazione dell'azione e del riferimento interno al documento in cui è descritta l'azione.

### 1.2 IL CONTESTO REGIONALE

La Regione Autonoma della Sardegna ha avviato da alcuni anni le attività finalizzate al governo e al contenimento delle Liste di Attesa che sono andate di pari passo con l'implementazione del Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISaR), che costituisce la piattaforma informatica su cui creare la correlazione tra processi e sistemi informatici di governo e tra processi e sistemi di servizio/erogazione in un contesto di necessaria accelerazione dell'informatizzazione estesa dei processi sanitari.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Al riguardo, particolare attenzione è stata posta nell'istituzione e nell'avvio del sistema Centro Unificato di Prenotazione Regionale della Sardegna (SISaR - CUP regionale) che nel mese di dicembre 2008 è entrato in produzione a regime in tutte le Aziende Sanitarie della Regione. Si tratta di un sistema informativo centralizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie erogabili in regime ambulatoriale dal Servizio Sanitario Regionale (SSR), che consente di organizzare in modo efficiente le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle risorse disponibili e l'informazione all'utenza.

In ambito ospedaliero, nel SISaR è stato realizzato l'applicativo denominato Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) che comprende i moduli LA (Liste di Attesa) e ADT (Accettazione, Dimissione, Trasferimento). L'integrazione dei due moduli e l'inserimento di vincoli LA/ADT nel sistema fa sì che tutti i ricoveri programmati devono obbligatoriamente essere inseriti in lista d'attesa per poter procedere alla convocazione e al ricovero del paziente e al monitoraggio dell'intero percorso.

In ambito territoriale, in ottemperanza a quanto definito nell'ambito del decreto legge 18.10.2012 n. 179, della legge 17.12.2012 n. 221, del decreto legge 21.06.2013 n. 69 e della legge 09.08.2013 n. 98, la Regione ha realizzato e messo a disposizione di tutti i cittadini il sistema informativo denominato Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), definito come *"l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito"*. Il FSE è un archivio digitale in cui gli operatori sanitari che interagiscono con il cittadino (medici di base, pediatri, specialisti, farmacisti, ecc.) registrano i documenti sanitari in formato elettronico e li rendono disponibili per la consultazione da parte del paziente e da tutti gli operatori sanitari che questi autorizza.

### **1.3 RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE**

Con la deliberazione n. 52/28 del 23 dicembre 2019 la Giunta regionale ha presentato all'attenzione del Legislatore regionale il disegno di legge concernente *"Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore"*.

Con la presentazione del predetto disegno di legge è stato avviato un iter di riforma del SSR che si è concluso con l'approvazione della legge regionale 11.09.2020 n.24 con la quale, tra l'altro, si rivede completamente il modello di governance del SSR, precedentemente incardinato sull'Azienda unica ATS, con la reintroduzione di otto Aziende sociosanitarie locali (ASL) competenti a produrre, principalmente, i servizi sanitari e socio sanitari ai pazienti e agli utenti e l'istituzione dell'Azienda Regionale della Salute (ARES) incaricata, principalmente, di garantire i servizi amministrativi trasversali alle Aziende del SSR. Completano il SSR, l'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS), le due Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) di Cagliari e Sassari, l'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS) e l'Istituto zooprofilattico della Sardegna (IZS).

Le nuove Aziende del SSR, ai sensi della citata legge regionale, acquisiranno piena personalità giuridica e operatività a decorrere dal 1° gennaio 2021. Fino a quel momento, opereranno dei Commissari individuati dalla Giunta regionale e incaricati di procedere alla elaborazione e alla presentazione di un progetto di scorporo delle Aziende dall'attuale Azienda unica ATS che dovrà, comunque, essere approvato dalla Giunta regionale.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 2 GOVERNANCE

---

### 2.1 ORGANIZZAZIONE

#### 2.1.1 Cabina di Regia Regionale

Con la determinazione del Direttore Generale della Sanità n.718 del 13.7.2017 è stato istituito il gruppo permanente di lavoro liste di attesa. A seguito della deliberazione della Giunta regionale n. 19/42 del 17.04.2018, con la determinazione n. 460 del 25.05.2018, è stata definita la Cabina di Regia regionale aggiornando e integrando con i componenti previsti del precedente gruppo di lavoro, tra i quali un Rappresentante Unico per il Governo delle Liste di Attesa (RUGLA) per ciascuna Azienda Sanitaria della regione e una rappresentanza sindacale (MMG, PLS, specialistica ambulatoriale e privati accreditati) e dei cittadini (rete TRAMAS).

La Cabina di Regia, determina le strategie per la gestione delle liste d'attesa in accordo con il presente Piano, garantisce l'uniformità nell'applicazione delle linee di indirizzo a livello regionale, monitora periodicamente sia la gestione delle agende, sia i relativi tempi di attesa per le prestazioni, individuando gli indicatori ed i relativi tempi di attuazione, nonché individua le aree prioritarie di intervento.

Un sottogruppo tecnico della Cabina di Regia è incaricato di monitorare l'applicazione delle azioni inerenti al contenimento dei tempi di attesa, come previsto dal capitolo 5, e riferire alla medesima Cabina di Regia, rendendo disponibili le informazioni sul funzionamento globale dell'intero impianto alla direzione strategica, per facilitarne le scelte di indirizzo.

Con il PRGLA 2019-2021 si conferma lo strumento della Cabina di Regia regionale che dovrà essere aggiornata alla luce dell'entrata in vigore della citata legge regionale di riforma del SSR.

#### 2.1.2 Rappresentante Unico per il Governo delle Liste di Attesa (RUGLA)

Ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 19/42 del 17.04.2018, i Direttori generali delle Aziende Sanitarie della Regione Autonoma della Sardegna hanno individuato il proprio Rappresentante Unico per il Governo delle Liste di Attesa (RUGLA), che partecipa alla Cabina di Regia. Fermo restando la responsabilità del Direttore generale di ciascuna Azienda Sanitaria sull'attuazione e il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel PAGLA di cui al punto 2.2 più sotto, il RUGLA collabora e concorre all'attuazione e al raggiungimento degli obiettivi, detiene e aggiorna tempi di attesa e volumi prenotati/erogati e ogni altro dato necessario al monitoraggio delle liste di attesa e pubblicazione dei dati, provvede al controllo dell'avvenuto adempimento.

Con il PRGLA 2019-2021 si conferma tale figura che dovrà essere ulteriormente implementata alla luce dell'entrata in vigore della citata legge regionale di riforma del SSR.

#### 2.1.3 Gruppo di Coordinamento CUP regionale (GCCR)

Per l'attuazione operativa delle scelte individuate a livello decisionale per quanto riguarda il Sistema CUP, la Regione Autonoma della Sardegna si avvale dell'operato del Gruppo di Coordinamento CUP regionale (GCCR) che svolge compiti di raccordo tra l'Assessorato regionale della Sanità e le Aziende sanitarie al fine di uniformare su tutto il territorio regionale sia i criteri generali di governo, sia gli interventi di adeguamento (normativi, strutturali e di processo) nella gestione delle agende.

Il GCCR rappresenta il punto di contatto, divulgazione e monitoraggio degli interventi sul Sistema CUP, applicando nella procedura informatica quanto è dettato dalla normativa nazionale e regionale e dalle



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

disposizioni della Cabina di Regia. Funge da centro di coordinamento dell'operato dei Contact Center aziendali di prenotazione, agevolando lo scambio di informazioni tra le Aziende, al fine di migliorare e uniformare i livelli di qualità delle prenotazioni intra e interaziendali. Inoltre, è chiamato ad effettuare tutto il supporto richiesto dalle segreterie CUP aziendali e coordinare l'intero servizio di prenotazione dei Contact center.

È affidata al GCCR la gestione e la configurazione degli apparati tecnici (Centralini, PABX, etc.), la configurazione della logica di instradamento delle chiamate, la verifica dei livelli di servizio e l'emissione di apposita reportistica sui dati di produzione per la verifica degli SLA. Raccoglie altresì le segnalazioni dei cittadini, ad esempio pervenute dagli URP aziendali e regionali.

## **2.2 PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI (PAGLA)**

Entro 60 giorni dall'adozione del presente Piano, le Aziende del SSR adottano un Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa (PAGLA) ovvero aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito dal presente PRGLA e dal PNGLA. La proposta di PAGLA, eventualmente condivisa anche con le parti sociali e gli stakeholder istituzionali, è inviata agli uffici competenti della Direzione Generale della Sanità per una preventiva valutazione della coerenza con le previsioni del presente documento, prima dell'adozione formale da parte dell'Azienda.

In considerazione del fatto che, ai sensi della recente legge regionale 11.09.2020 n.24, sono state istituite nuove Aziende del SSR che avranno personalità giuridica solo a decorrere dal gennaio 2021, per le istituende ASL i 60 giorni decorrono a partire dal 1° gennaio 2021.

Le Aziende ospedaliere, per concorrere compiutamente alla garanzia dei tempi massimi di attesa all'interno del bacino di garanzia, aggiornano i propri PAGLA al fine di cooperare e uniformare le proprie azioni con le misure individuate dalle ASL territoriali nei PAGLA di competenza.

Il PAGLA recepisce quanto previsto dal PNGLA e dal presente PRGLA, e contiene le azioni richieste per attuare le linee di intervento contenute nei capitoli 3 e 4 del presente documento. Inoltre, contempla le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria. Ad ogni modo, le misure adottate devono essere tali da garantire l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda e risultare conformi alle disposizioni nazionali in materia di ALPI ed accordi contrattuali con erogatori privati.

Il PAGLA è reso disponibile a tutti i cittadini, alle loro associazioni e a tutti i portatori di interesse attraverso la pubblicazione sul sito web dell'Azienda Sanitaria compresi i costanti aggiornamenti.

## **2.3 IL SISTEMA PREMIALE**

Il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali delle Aziende del SSR per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituisce prioritario elemento della valutazione dei medesimi Direttori generali, secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. Il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati incide sull'erogazione della retribuzione di risultato e, nei casi più gravi o in caso di reiterazione, determina la decadenza dall'incarico. Tali previsioni sono inserite nello "Schema di contratto di lavoro" per i Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Regione Sardegna.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 3 LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

---

### 3.1 STRATEGIA DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Risulta ormai ampiamente dimostrato che il metodo dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso un incremento dell'offerta non sia efficace, dato che la domanda cresce proporzionalmente rispetto all'offerta. Risulta opportuno sperimentare e implementare modalità basate sulla selezione delle priorità, nelle quali un ruolo centrale è occupato dalla stretta integrazione tra medici di medicina generale e medici erogatori delle prestazioni sanitarie. In particolare, l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, da parte del cittadino, si realizza con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta. L'obiettivo generale è quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità indicata. Tale obiettivo si realizza attraverso la definizione dei volumi di attività per ogni prestazione in ciascuna classe di priorità.

Come di seguito descritto, ciascuna agenda è ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda. I posti non occupati in una classe di priorità vengono resi disponibili, nei giorni immediatamente precedenti la scadenza, alla prenotazione in un'altra classe di priorità. Questo meccanismo consente di utilizzare efficacemente la capacità di offerta dell'Azienda, anche in momenti particolari dell'anno o per prestazioni per le quali la domanda è oscillante e non è prevedibile a priori.

Pertanto, come sopra evidenziato nella gestione delle liste di attesa riveste un ruolo fondamentale il sistema di gestione delle prenotazioni e della presa in carico, in quanto consente l'incontro tra la domanda, ovvero il bisogno di salute della popolazione, e l'offerta di prestazioni sanitarie, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscono informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

### 3.2 GOVERNO DELLA DOMANDA

La razionalizzazione della domanda di prestazioni rappresenta un passaggio fondamentale affinché l'offerta dei servizi sia quanto più rispondente ai bisogni della popolazione residente e ai criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa (rispetto delle indicazioni cliniche, tempestività di erogazione dei servizi e adeguatezza del setting assistenziale).

Di seguito si riportano gli interventi che le Aziende sanitarie del SSR, nel proprio Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa (PAGLA), dovranno prevedere per ciò che concerne il *“governo della domanda”*.

#### 3.2.1 Regole prescrittive

Le Aziende sanitarie del SSR, nei propri PAGLA, garantiscono le attività sistematiche e continuative di valutazione dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a:



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- utilizzo sistematico delle classi di priorità; gli obiettivi cardine di questi interventi sono primariamente garantire al 90% dei facenti richiesta l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio, nei tempi definiti secondo le classi di priorità successivamente dettagliate;
- presenza del quesito diagnostico. A tal proposito il riferimento è la deliberazione della Giunta regionale n. 42/35 del 22.10.2019 "*Decreto Ministeriale del 2 novembre 2011. Ricetta dematerializzata. Avvio a regime della dematerializzazione della ricetta medica per prestazioni specialistiche in Regione Sardegna*";
- corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

È responsabilità del medico prescrittore indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni:

- le informazioni anagrafiche del cittadino;
- le prestazioni prescritte;
- il quesito diagnostico;
- la tipologia di accesso ("*prima visita/esame/accesso*" oppure "*accesso successivo*");
  - o Tipo di accesso: si indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso ovvero a un accesso successivo.
- la classe di priorità con la specifica indicazione del codice di priorità (U,B,D,P) solo per la prima visita/esame/accesso.
  - o Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.

Si intende per "*primo accesso*":

- Visite e prestazioni diagnostiche - terapeutiche che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono prestazioni di primo accesso anche quelle che dello specialista che effettua la prima visita e richiede la prestazione di un altro specialista;
- Visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio delle complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti quando il paziente accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente;
- Prestazioni verso pazienti con patologia cronico-invalidante che rappresentano il primo contatto con il sistema per lo specifico sospetto diagnostico. Il medico prescrittore non deve riportare alcun codice di esenzione per malattia cronico-invalidante e deve indicare il corrispondente codice di prestazione 89.7 ed il paziente è tenuto alla compartecipazione alla spesa secondo le normative vigenti;
- Visite richieste a pazienti, la cui patologia non rientra nelle malattie croniche e invalidanti indicate dalla circolare n.13 del 13.12.2001, che hanno effettuato la prima visita da oltre 180 giorni.

Si intende per "*accesso successivo al primo*":

- Visite e prestazioni che i soggetti esenti per patologia cronica e invalidante effettuano per il monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e per la prevenzione di ulteriori aggravamenti. Queste visite sono considerate, ai sensi della normativa vigente, visite di controllo codice 89.01, erogate nell'ambito della presa in carico per patologie croniche e percorsi diagnostico- terapeutici;
- Visite di controllo codice 89.01, da utilizzarsi per la prescrizione successiva ad una prima visita (89.7) di consulti successivi in pazienti non esenti per malattia cronico-invalidante e necessari al compimento di un determinato percorso diagnostico-terapeutico ex novo definito e da effettuarsi, anche in maniera ripetuta, in un dato intervallo temporale e comunque inferiore ai 180 giorni.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Le classi di priorità attribuibili alle prestazioni di primo accesso sono:

<b>Codice di Priorità</b>	<b>Tempo massimo di attesa</b>
<b>U (Urgente)</b>	Da eseguire nel più breve tempo possibile e , comunque, entro 72 ore
<b>B (Breve)</b>	Da eseguire entro 10 giorni
<b>D (Differibile)</b>	Da eseguire entro 30 giorni se prima visita specialistica
	Da eseguire entro 60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale
<b>P (Programmata)</b>	Da eseguire entro 120 giorni

La classe di priorità P è riferita esclusivamente alle prestazioni di primo accesso, da garantire al massimo entro 120 giorni. Gli accessi successivi, quali i *follow up* e i controlli, sono gestiti separatamente dai primi accessi. Tutte le prestazioni inserite in una prescrizione, della stessa branca, hanno il medesimo tipo di accesso, il medesimo quesito diagnostico, la medesima classe di priorità. Tutte le prestazioni nelle quali non è indicata la classe di priorità si intendono accessi successivi.

### 3.2.2 Consolidamento dei sistemi di prioritarizzazione e ambiti di garanzia

Il modello RAO rappresenta una delle strategie che caratterizzano il modello regionale per il governo delle liste di attesa e parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui. Il suddetto modello necessita del coinvolgimento dei medici prescrittori (MMG, PLS e specialisti) e dei soggetti erogatori e indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni.

In Regione Autonoma della Sardegna, con la deliberazione della Giunta regionale n. 19/42 del 17 Aprile 2018, è stata disposta la stesura delle linee guida per la definizione e applicazione dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali di garanzia. Successivamente, con la deliberazione n. del 4.12.2018, la Giunta regionale ha approvato il modello di Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) relativo alle 43 prestazioni soggette a monitoraggio nel PRGLA 2010/2012 e gli ambiti territoriali di garanzia entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità.

Entro 60 giorni dalla adozione del presente piano, con deliberazione della Giunta regionale, saranno aggiornate le tabelle RAO che contengono le condizioni cliniche più frequenti che giustificano un accesso prioritario, incluse nel "*Manuale RAO AGENAS*", aggiornato a luglio 2020 per la diffusione e l'aggiornamento del metodo RAO nell'ambito delle attività previste dal PNGLA 2019 – 2021. Inoltre, saranno rivalutati gli ambiti territoriali attualmente articolati su tre livelli: macro-area "*nord-centro-sud*", area sociosanitaria e distretto.

### 3.2.3 La ricetta elettronica dematerializzata

L'utilizzo della ricetta dematerializzata contribuisce al processo di razionalizzazione della domanda e dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie per il perseguimento dell'efficacia e della sostenibilità del SSN, incidendo sulla gestione delle liste di attesa e la diffusione controllata delle classi di priorità secondo il modello RAO.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 42/35 del 22.10.2019 avente ad oggetto *“Decreto Ministeriale del 2 novembre 2011. Ricetta dematerializzata. Avvio a regime della dematerializzazione della ricetta medica per prestazioni specialistiche in Regione Sardegna”*, sono state emanate apposite linee guida regionali per i medici prescrittori e per le strutture erogatrici in materia di ricetta dematerializzata, con la finalità di estendere a tutto il territorio regionale l'utilizzo della ricetta dematerializzata. Le prestazioni e le terapie prescrivibili in regime SSN mediante ricetta dematerializzata sono state approvate con la deliberazione della Giunta regionale n. 32/51 del 8.8.2019 e definite all'interno del Catalogo regionale, che è aggiornato periodicamente dalla Direzione generale della sanità e pubblicato nel sito istituzionale SardegnaSalute.it alla voce *“Ricetta elettronica dematerializzata”*.

Tutti i medici prescrittori del SSR sono abilitati a prescrivere in modalità dematerializzata. Pertanto, l'utilizzo della ricetta cartacea deve essere riservato ai soli casi previsti dalla normativa ovvero a documentate eventualità di malfunzionamento del sistema informativo.

Tutti MMG e i PLS devono essere dotati di un *“add-on”* al proprio software gestionale, che permetta loro di prescrivere con la ricetta dematerializzata direttamente dagli applicativi in loro possesso per le attività ambulatoriali. La Regione Autonoma della Sardegna mantiene e aggiorna i diversi *“add-on”* distribuiti negli oltre 1.500 studi medici.

I medici specialisti che lavorano all'interno delle strutture pubbliche (dipendenti o convenzionati interni) sono dotati del software SISaR *“e-Prescription”* che permette loro di prescrivere con la ricetta dematerializzata direttamente dalla cartella clinica ambulatoriale in dotazione al reparto. Gli altri medici abilitati alla prescrizione SSN devono utilizzare il portale del Sistema Tessera Sanitaria (SistemaTS.it) o devono dotarsi di apposito software di prescrizione dematerializzata.

### **3.2.4 La Cartella delle cure primarie e il Fascicolo Sanitario Elettronico**

Nella definizione dei problemi di salute, patologie, traumi e disturbi che, nel tempo, possono determinare dei bisogni medici ed assistenziali che si traducono in domanda di servizi e prestazioni sociosanitarie, i medici curanti dovrebbero poter disporre di tutte le informazioni utili sull'assistito, provenienti dalle strutture e dai professionisti che hanno preso in carico il paziente, il più possibile complete ed attendibili. Le politiche di sanità integrata che si stanno sviluppando sia in ambito nazionale che regionale considerano la condivisione delle informazioni sulla salute del paziente tra gli operatori sanitari uno strumento per rendere più efficienti i processi di diagnosi e cura dello stesso, nonché per ridurre i costi della spesa sanitaria derivanti, ad esempio, dalla ripetizione di esami clinici. La consultazione della storia clinica precedente consentirebbe di soddisfare i criteri di appropriatezza disposti dal DPCM del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza relativamente alla ripetizione di esami o prestazioni già erogate.

L'attuazione della riforma Balduzzi (art. 1 del DL 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge, con modificazioni, dall'art.1, comma 1, L 8 novembre 2012, n. 189), come progettata dalla deliberazione della Giunta regionale del 02 dicembre 2015, n. 60/2, determina la nascita di sistemi informativi condivisi tra i diversi soggetti del SSR indicati dalla stessa, mediante l'implementazione di forme di integrazione di dati sanitari con i diversi attori coinvolti nel processo di cura che condividono le informazioni sanitarie di un paziente, al fine di offrire allo stesso servizi territoriali integrati di assistenza primaria. È in fase di attuazione un progetto per la realizzazione del nuovo sistema informativo delle cure primarie, che una volta adottato consentirà una piena condivisione dei dati, delle informazioni e dei documenti non solo tra le diverse strutture sociosanitarie collocate su tutto il territorio regionale ma anche tra le diverse figure professionali che sono coinvolte nel percorso di assistenza territoriale. Il progetto di digitalizzazione delle cure primarie è suddiviso in due fasi ed è composto da numerosi interventi di informatizzazione, tra i quali: la creazione della Cartella delle cure primarie, strumento imprescindibile per l'integrazione dei servizi sociosanitari locali; l'utilizzo della telemedicina



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

per un monitoraggio costante dei valori del paziente anche da remoto; l'informatizzazione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA).

Nelle more del completamento del progetto di realizzazione della Cartella delle cure primarie, i medici possono avere accesso alle informazioni sanitarie dei pazienti che hanno in cura accedendo al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Nella regione Sardegna, il FSE si poggia sulla infrastruttura del sistema Medir ("MEDici In Rete"), è operativo dal 2010 ed è attivo per tutti i cittadini sardi. I MMG e i PLS possono consultare il FSE dei propri pazienti direttamente attraverso il proprio software di cartella clinica, mentre sono in corso le integrazioni con le cartelle cliniche ambulatoriali delle strutture pubbliche, i presidi di pronto soccorso e le accettazioni degli ospedali. Il FSE rappresenta quindi uno strumento che facilita l'integrazione fra i professionisti appartenenti a differenti setting assistenziali.

Il FSE costituisce una dorsale fondamentale a supporto del SSR e, conseguentemente, anche del riordino delle cure primarie. Le azioni di evoluzione e di sviluppo dello stesso costituiscono un complemento sinergico opportuno e necessario, pertanto, con deliberazione n. 17/14 del 4.4.2017 e successive modifiche e integrazioni, la Giunta Regionale ha stabilito di dare mandato alla Direzione generale della Sanità di procedere, tra gli altri, alla progettazione ed attuazione dei relativi interventi per la realizzazione delle evoluzioni del FSE.

La Direzione Generale della Sanità sta procedendo con la realizzazione del progetto "Fascicolo sanitario elettronico 2.0" che intende, tra i numerosi obiettivi espressi nel piano dei fabbisogni, evolvere significativamente la relazione cittadino/FSE. Oltre a ciò, intende dare al FSE una valenza avanzata, un ruolo attivo nel processo di cura, anche attraverso un maggiore coinvolgimento del cittadino/paziente che del suo medico. Questo obiettivo non è raggiungibile unicamente migliorando le funzionalità con cui il cittadino entra a diretto contatto, ma potenziando l'intero ecosistema rappresentato da FSE, ad esempio estendendo il suo perimetro di acquisizione dei documenti a soggetti attualmente esclusi, migliorando l'esperienza d'uso dei consumatori professionisti del servizio e tante ulteriori azioni che vengono sviluppate nel progetto di evoluzione.

### **3.2.5 Gestione del paziente cronico**

In attesa dell'adozione, nel 2021, del piano nazionale cronicità e della riorganizzazione delle cure primarie, al fine di contribuire al miglioramento della gestione dei tempi di attesa, risulta determinante la presa in carico globale e a lungo termine del paziente cronico attraverso la collaborazione di tutti gli attori del sistema per la sua gestione a partire dalla fase di prescrizione fino alla sua presa in carico. Pertanto, i MMG, i PLS e gli specialisti delle strutture opereranno mediante modelli di gestione integrata dell'assistenza per i pazienti cronici attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) tramite l'utilizzo di metodiche di stratificazione del rischio a seconda del grado di evoluzione della patologia e percorsi di cura differenziati, condivisi tra tutti gli operatori coinvolti, con una forte integrazione delle azioni.

## **3.3 GOVERNO DELL'OFFERTA**

### **3.3.1 Pianificazione dell'offerta nei Programmi Attuativi Aziendali**

Le Aziende del SSR definiscono, nei propri PAGLA, l'elenco e i volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli.

Al fine di garantire la piena potenzialità produttiva, nei propri PAGLA le Aziende del SSR effettuano la valutazione del fabbisogno dell'attività e del personale, attraverso la definizione della metodologia dell'analisi



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

del bisogno, la programmazione dell'offerta e la pianificazione di attività delle equipe, per ogni regime di erogazione, in regime istituzionale e in libera professione intramoenia, e per ciascuna modalità di accesso.

### **3.3.2 Potenziamento dell'offerta di prestazioni**

Al fine di favorire il rispetto dei tempi massimi di attesa, le Aziende del SSR assicurano ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna, attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 55, comma 2 del CCNL 08.06.2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria.

Come previsto dal PNGLA le Aziende del SSR, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, nei propri PAGLA prevedono le modalità attuative, ai sensi del menzionato art. 55 comma 2, finalizzate a incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. Si fa presente che l'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive rappresenta un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività sono svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

### **3.3.3 Utilizzo delle grandi apparecchiature**

Entro 60 giorni dall'adozione del presente piano, le Aziende del SSR procedono alla ricognizione completa delle grandi apparecchiature di rispettiva appartenenza con riferimento alla localizzazione puntuale, alle caratteristiche tecniche, all'entrata in funzione e, per quanto riguarda la gestione, alla rilevazione puntuale delle ore di disponibilità di ciascuna apparecchiatura e delle ore di reale attività programmata nei giorni feriali e nei giorni festivi con l'esposizione della quota di utilizzo interno ed esterno.

Sulla base della predetta rilevazione, nei PAGLA, le Aziende del SSR danno evidenza delle misure tecniche ed organizzative attuate e pianificate per l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini ad almeno l'80% della loro capacità produttiva entro il 2021 e delle strategie per aumentare la capacità produttiva ad almeno il 90% nel triennio successivo

Come previsto dal PNGLA, ove necessario, ciascuna Azienda provvede alla definizione di eventuali fabbisogni di personale atto all'incremento della produttività suddetta e, dove si verifichi la carenza di tecnologie, all'acquisto di apparecchiature idonee a soddisfare la richiesta di esami diagnostici; a tal fine, nei PAGLA sono descritte sia le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di eventuale incremento del personale, sia l'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione), e l'esigenza di una loro sostituzione.

### **3.3.4 Telemedicina**

La telemedicina è la trasmissione sicura di immagini, voci e dati tra due o più unità attraverso canali di comunicazione adeguati, al fine di avere un parere clinico, una consulenza, il monitoraggio a distanza, l'assistenza, la formazione, l'addestramento e alcuni servizi amministrativi correlati.

La telemedicina si interessa degli aspetti relativi alla connessione tra il paziente e il medico e tra i professionisti sanitari, al fine di ottenere un miglioramento della qualità della presa in carico, anche grazie ad un approccio organizzativo e clinico diverso, sostenuto da un percorso di formazione continua degli operatori e anche dei pazienti. È una tecnologia particolarmente importante per i cittadini, i pazienti e per il personale sanitario, perché permette di ridurre i disagi legati ai trasferimenti presso centri di ricovero e cura (intra ed extra



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

regionali), garantendo al contempo un'assistenza tempestiva e appropriata e il supporto per il monitoraggio remoto del paziente a domicilio.

Nell'ambito del contenimento delle liste di attesa, la maggiore efficienza dei processi eseguiti in telemedicina può svolgere un ruolo abilitante per realizzare meccanismi di riduzione dei tempi di attesa, mediante l'utilizzo della telediagnostica e del telemonitoraggio, senza contare il grosso contributo sugli aspetti di prevenzione.

Per ridisegnare la rete ospedaliera la telediagnostica, la telechirurgia e la telecooperazione sono tre importanti applicazioni che consentono di condividere, a distanza, professionalità, risorse e competenze.

In data 05.06.2018 sono state pubblicate dalla Direzione generale della sanità le *"Linee di indirizzo della telemedicina 2018-2020"*, con l'obiettivo di garantire pari opportunità di accesso ai servizi sanitari, in particolare per quelle popolazioni che vivono in zone distanti dai centri urbani, sedi di centri specialistici ospedalieri, e in particolare nelle zone interne ovvero nelle isole minori (Carloforte e La Maddalena), distanti dai centri di assistenza principali e con viabilità e servizi di trasporto non ottimali.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 40/4 del 4.8.2020, la Regione Autonoma della Sardegna ha recepito l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano avente a oggetto *"Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali"* e, stabilito che le visite di follow-up e di controllo programmato debbano essere prioritariamente eseguite in modalità telemedicina, salvo impossibilità o non idoneità accertata dal personale medico, ha avviato un periodo di sperimentazione di 6 mesi presso le Aziende del SSR.

Nei PAGLA le Aziende devono indicare quali modelli di telemedicina intendono utilizzare ai fini del contenimento delle liste di attesa, specificando poi l'insieme di regole che devono essere definite o soddisfatte per far sì che le soluzioni prescelte siano coerenti con le normative e con i ruoli e le responsabilità professionali che ne derivano.

### 3.3.5 Definizione dei "percorsi di tutela"

Il presente PRGLA recepisce dal PNGLA 2019-2021 la definizione e la conseguente applicazione di *"percorsi di tutela"*. Le Aziende sanitarie del SSR, nei PAGLA, definiscono i percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche, da applicare qualora venga superato il tempo massimo di attesa per la classe di priorità corrispondente per le sole richieste di primo accesso, a garanzia della prestazione, per i soli cittadini residenti. Le Aziende sanitarie del SSR elaborano una specifica procedura che permetta al paziente residente, di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato con il solo pagamento del ticket.

### 3.3.6 Attività libero professionale intramuraria (ALPI)

In applicazione della legge n. 120/2007 e delle linee di indirizzo regionali approvate con la deliberazione della Giunta regionale n. 51/21 del 17.11.2009, le Aziende del SSR, nei propri piani aziendali, determinano i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria con riferimento alle singole Unità operative. Inoltre, ha istituito un apposito organismo paritetico con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, denominato "Commissione mista regionale per la verifica della corretta attuazione, da parte delle Aziende del SSR, delle disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria" con funzioni di verifica e monitoraggio dell'attività libero professionale all'interno delle aziende sanitarie. La commissione è costituita presso l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, Direzione generale della sanità, è presieduta dal Direttore Generale della Sanità o da un suo delegato ed è composta da un rappresentante per ogni sigla sindacale ammessa alla contrattazione aziendale appartenente all'area della dirigenza medica, veterinaria e SPTA. La commissione ha durata pari a tre anni e si riunisce di norma con cadenza semestrale e deve essere altresì convocata qualora almeno dieci componenti ne facciano richiesta.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

In riferimento alla libera professione intramuraria, con la deliberazione della Giunta regionale n. 33/27 del 8.8.2013 sono state approvate le Linee guida in materia di attività libero professionale intramuraria ambulatoriale e, successivamente, con la deliberazione della Giunta regionale n.53/3 del 3.11.2015 sono stati approvati anche lo schema di convenzione tra Azienda e professionista per lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria presso lo studio privato del professionista e le direttive alle Aziende Sanitarie per il superamento degli inadempimenti rilevati. Attualmente sul sistema CUP regionale viene registrata la quasi totalità dell'attività svolta in libera professione intramuraria in agende di prenotazione appositamente create e, tramite lo stesso sistema, è stato possibile predisporre i canali di pagamento di tutte le prestazioni erogate a garanzia della tracciabilità dell'attività svolta da ogni singolo professionista che opera in ALPI. Le prenotazioni vengono gestite dalle Aziende Sanitarie mediante canali di accesso per l'utenza dedicati; è in fase di implementazione la prenotazione online delle prestazioni ALPI, che sarà disponibile attraverso il nuovo portale CUP WEB della Regione Sardegna.

Nel caso in cui i volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale risultino inferiori a quelle erogate in regime di ALPI ovvero si riscontri un superamento dei limiti regionali stabiliti come tempi massimi per l'erogazione di prestazioni in attività istituzionale, ciascuna Azienda, come previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 59/5 del 04.12.2018, provvede alla temporanea riduzione della libera professione intramuraria riferita a quelle stesse prestazioni ovvero la sospende fino al ripristino delle condizioni conformi ai tempi deliberati, fatte salve l'esecuzione delle prestazioni già prenotate. La sospensione si applica esclusivamente alla tipologia di prestazioni ed alla specifica unità operativa per le quali si è registrato lo sfornamento.

Nel periodo di sospensione/riduzione dell'ALPI, l'Azienda analizza le criticità che hanno determinato lo scostamento dai tempi deliberati e a attiva le necessarie azioni volte al superamento delle stesse.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni in libera professione è revocata al ripristino del rapporto corretto tra i volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale e quelli delle prestazioni erogate in regime di ALPI o dello scostamento dei tempi di attesa massimi individuati dalla Regione.

### **3.4 SISTEMI DI PRENOTAZIONE E PRESA IN CARICO**

Alla luce delle nuove indicazioni declinate nel PNGLA 2019-2021, si è resa necessaria una complessa riorganizzazione dell'offerta sanitaria sia pubblica che privata, mediante una classificazione più puntuale delle agende di prenotazione, secondo tipologia di accesso e livelli di priorità. L'intervento ha interessato sia le agende preesistenti sul CUP regionale, che quelle di nuova implementazione.

#### **3.4.1 La presa in carico del paziente**

La presa in carico di un paziente avviene mediante il suo inserimento in un percorso assistenziale con l'indicazione delle prestazioni che l'assistito dovrà svolgere con cadenze temporali definite. Lo specialista che ha già preso in carico il paziente prescrive le prestazioni successive al primo accesso, laddove previsto dalla normativa. Al fine di facilitare l'accesso per il paziente e garantire una reale presa in carico del suo bisogno assistenziale la prenotazione è inserita direttamente sul sistema CUP nelle agende dedicate agli accessi successivi, se non diversamente richiesto dal paziente, senza che questi sia rimandato al MMG o al PLS per la prescrizione.

Le Aziende del SSR, nei propri PAGLA, garantiscono la continuità dei percorsi assistenziali di controllo/follow-up presso la stessa struttura erogatrice, assicurando a ogni specialista/struttura l'accesso al CUP per la prenotazione, in agende dedicate agli accessi successivi. Le Aziende, nei loro PAGLA, elaborano la



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

metodologia per monitorare l'effettiva prescrizione e prenotazione contestuale alla prestazione da parte del professionista anche al fine di conoscere ex ante la domanda di prestazioni routinarie per i pazienti arruolati nei percorsi assistenziali e disporre della tracciabilità di tale informazione attraverso il CUP e poter prevedere e programmare la propria offerta nel medio termine andando a impattare positivamente sul fenomeno delle liste d'attesa. Nei PAGLA, inoltre, sono specificate le modalità operative con le quali viene assicurato tale adempimento.

Le Aziende del SSR implementano, o potenziano laddove esistenti, dei percorsi condivisi in ambiti disciplinari trasversali, per migliorare la qualità del servizio, la garanzia della continuità assistenziale e la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali, e di ricovero come il day service.

### 3.4.2 Il servizio CUP

Per Centro Unificato di Prenotazione (CUP) si intende il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie deputato a gestire efficientemente l'intera offerta strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Nella Regione Autonoma della Sardegna, il Sistema CUP è interaziendale, unificato a livello regionale e consente di adottare un modello che prevede un coordinamento interaziendale a livello regionale e la possibilità di accentrare specifici ambiti d'attività del CUP, allo scopo di beneficiare di economie di scala e di specializzazione delle figure coinvolte all'interno di ambiti cruciali d'attività (quali, ad esempio, la gestione delle agende e della prenotazione telefonica, delle regole comportamentali, ecc). In tale contesto, è disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circolarità" cioè tramite tutti i punti d'accesso del sistema CUP, indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda sanitaria, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto per quella tipologia di prestazione per i propri assistiti.

Il CUP unificato configura una situazione in cui i diversi CUP aziendali sono confluiti in un unico strumento valido per tutti in termini di funzionalità dell'applicativo sia lato "front end" (prenotazione) sia lato "back office" (gestione delle agende e del catalogo delle prestazioni). Questo modello consente di:

- supportare la gestione offerta-domanda di prestazioni sanitarie di un numero definito di Aziende e con un bacino territoriale di afferenza ben identificato;
- ottimizzare la manutenzione e l'aggiornamento delle basi dati e delle funzionalità dell'applicativo attraverso la localizzazione unica delle stesse;
- rendere univoche le maschere di interfaccia tra l'operatore CUP e le basi dati.

Riguardo alle prestazioni erogate dalle aziende private accreditate, il sistema CUP utilizza un modello di CUP integrato.

Il CUP integrato configura una situazione in cui diversi CUP aziendali si interfacciano con un modulo "orchestratore", cioè che gestisce le richieste di prenotazione restituendo al CUP richiedente i dati afferenti alle diverse realtà aziendali. Questo modello consente di:

- preservare l'autonomia delle singole Aziende, in termini di applicativi utilizzati, gestione delle basi dati, modelli organizzativi dell'offerta sanitaria e di gestione della prenotazione. In particolare, mantiene:
  - o gli investimenti già fatti in termini di sistemi CUP e di integrazione degli stessi con i diversi sistemi ed applicativi interni alle singole Aziende/strutture erogatrici;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- la rispondenza alle modalità organizzative locali;
- la titolarità delle basi dati e accessibilità ai dati storici già registrati sugli applicativi locali e centrali dei CUP aziendali e relative modalità organizzative di gestione dell'offerta sanitaria;
- rendere trasparente il CUP integrato agli utilizzatori dell'applicativo CUP aziendale per accedere all'offerta locale, riducendo così la necessità di formazione sul nuovo applicativo, in particolare laddove la realtà aziendale preveda una pluralità di accessi presso diversi punti di erogazione;
- demandare a quest'ultimo la gestione di particolari funzionalità di interesse regionale in ambito di prenotazione non gestibili direttamente dagli applicativi aziendali, sia lato interfacce di front end, sia lato gestione dell'offerta sanitaria, senza richiedere nuovi investimenti in software se non quelli necessari alla costituzione di un'interfaccia di comunicazione tra l'applicativo aziendale e il CUP integrato, di norma inferiori a quanto necessario per l'utilizzo di un nuovo applicativo CUP.

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

A partire dal 2015, con l'avvio della ricetta dematerializzata, la Regione Autonoma della Sardegna ha avviato un processo di profonda reingegnerizzazione e evoluzione del sistema CUP. L'obiettivo principale è stato quello di gestire sul sistema informativo regionale l'intera offerta sanitaria di specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate in convenzione con il SSR. Sono stati pertanto attivati nuovi canali di collegamento e interoperabilità tra il sistema CUP regionale e i sistemi CUP privati esterni e sono state implementate e integrate le nuove strutture private e le relative agende sul sistema di prenotazione regionale.

### 3.4.3 La rete dei punti di prenotazione

In Regione Autonoma della Sardegna, il sistema dell'offerta si articola in una rete di punti di prenotazione che consentono di *vedere* tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili. Ogni punto di prenotazione si interfaccia con questa rete, garantendo la visione della disponibilità di prestazioni in ciascun punto della rete e differenziando, ove necessario, i livelli di accesso dei vari utenti (es. possibilità per tutti i punti di prenotazione di vedere il calendario delle disponibilità delle TAC, ma solo il punto di prenotazione della radiologia, o altro punto addestrato per la gestione di percorsi specifici, può fissare gli appuntamenti). Il corretto funzionamento del sistema CUP è reso possibile da un servizio di *front office* e uno di *back office* deputati alle funzioni di programmazione e gestione degli accessi.

Il *back office* cura la programmazione e la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione. Tali attività sono raggruppabili in tre funzioni principali:

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

In particolare, l'attività di gestione e programmazione delle agende di prenotazione prevede:

- la gestione del catalogo delle prestazioni con l'allineamento al nomenclatore nazionale/regionale (branca, tariffa, ecc.);
- la configurazione delle agende di prenotazione con l'eventuale gestione dei posti disponibili in base alla classe di priorità definita dal medico prescrittore (richiesta programmata, oppure con urgenza breve o differita, ecc.);
- la configurazione di eventuali agende di accettazione per la registrazione delle prestazioni erogate;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- la modifica delle agende inserite nel Sistema: sospensione di attività di erogazione, variazione delle prestazioni (tipologia e quantità), orari di accesso, ecc.;
- la gestione delle avvertenze da seguire per una corretta prenotazione delle prestazioni ed eventuale indicazione delle modalità di preparazione per l'effettuazione della prestazione;
- la gestione delle diverse tipologie di contratto e convenzioni per l'erogazione delle prestazioni: SSN, intramoenia, extra SSN e relativi listini.

### 3.4.4 L'agenda di prenotazione

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

- i dati di cosa sia possibile prenotare, e più in generale dell'offerta
  - o le prestazioni che possono essere prenotate/erogate (differenziando, quando applicabile, eventuali vincoli per assistiti non appartenenti all'ambito di pertinenza del sistema CUP), con indicazione delle possibili preparazioni per l'utente per l'erogazione della prestazione e/o avvertenze per l'operatore CUP per la prenotazione della prestazione;
  - o la classificazione (es. tipologia, disciplina, branca specialistica) per il calcolo dell'offerta e dei tempi di attesa;
- i dati di chi eroga la prestazione e di quando viene erogata
  - o la struttura (equipe, medico, ecc.);
  - o l'ubicazione dell'ambulatorio;
  - o gli orari di servizio;
  - o i periodi di apertura e chiusura;
  - o altri elementi necessari per la generazione del "calendario" delle disponibilità/offerte;
- i dati di chi può fruire della prestazione
  - o il regime di erogazione della prestazione (SSN, intramoenia, ecc.) e, in generale, gli elementi necessari al calcolo del *prezzo* della prestazione;
  - o i parametri necessari al calcolo delle disponibilità da assegnare dinamicamente alle fasce di priorità e al ricalcolo delle disponibilità, quando non si preveda di occupare completamente le unità di tempo disponibili (laddove la prenotazione avviene per codice di priorità di accesso);
- le differenti tipologie di accesso (profili di accesso):
  - o agenda prenotabile da operatori CUP (di sportello o di call center);
  - o agenda prenotabile da operatori particolari quali: medico di famiglia, farmacia, assistito tramite internet, ecc.;
  - o agenda prenotabile direttamente dagli specialisti dipendenti dell'azienda sanitaria;
  - o agenda prenotabile da sistema esterno (ad esempio tramite il CUP Integrato).

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

Il sistema CUP consente la gestione separata dei primi accessi (visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche) rispetto agli accessi successivi. La gestione efficiente delle agende richiede l'individuazione delle prestazioni da inserire in liste di attesa distinte, in particolare quando tali prestazioni sono afferenti a specifici percorsi



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

diagnostico-terapeutici (es. controlli specialistici, prestazioni o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita, protocolli di cura). Infatti, per le prestazioni comprese all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici, è necessario prevedere, da parte delle strutture eroganti, una specifica programmazione affinché i punti di prenotazione possano ritrovarle all'interno del sistema delle prenotazioni. Anche la rilevazione di tali prestazioni è necessaria per conoscere la complessiva attività svolta dalle strutture eroganti e per valutarne la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee guida definite per la cura delle patologie.

Per poter effettuare correttamente la gestione separata delle prime visite e delle prestazioni diagnostico-terapeutiche rispetto ai successivi accessi e per individuare il miglior *dimensionamento* delle agende ai fini gestionali, è necessario che il sistema CUP sia in grado di:

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

La disponibilità nel CUP regionale dell'offerta sia istituzionale (pubblica e privata accreditata) che ALPI e il processo di revisione delle agende con particolare riferimento ai RAO con la stratificazione per tipologia di accesso e per classe di priorità ha l'obiettivo di permettere una più puntuale rilevazione dell'attività di prenotazione/erogazione e di consentire l'attivazione di un "*percorso di tutela*" per il cittadino, in caso di superamento dei tempi massimi, garantendo all'utente il solo pagamento della quota per la compartecipazione ticket. All'interno del sistema CUP regionale potrà essere automatizzato l'intero percorso.

### 3.4.5 Canali di accesso/fruizione del Sistema CUP

Nel processo di reingegnerizzazione del sistema CUP regionale un ulteriore obiettivo ha riguardato la realizzazione di nuovi canali di accesso digitalizzati. È stato, in particolare, realizzato il portale CUP regionale per il cittadino per le prenotazioni online delle prestazioni sanitarie, da cui è possibile consultare le disponibilità per una serie di prestazioni SSR e prenotare scegliendo data e struttura erogatrice. Il portale web CUP e il sistema informativo CUP regionale sono stati integrati con il sistema PagoPA nazionale secondo le specifiche AGID / SOGEI e le funzionalità di pagamento sono realizzate e funzionanti a partire dal mese di maggio 2020.

Al fine di ottimizzare la fruibilità per il cittadino del sistema CUP sono stati resi disponibili più canali di accesso mediante l'implementazione delle seguenti modalità:

- sportello presidiato: rappresenta l'esempio più diffuso e consiste nello sportello sito presso una struttura erogatrice con operatore dedicato;
- telefono: consiste in un numero dedicato a cui si può rivolgere l'utente per parlare con un operatore di call center ed effettuare la prenotazione;
- prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente;
- prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate, integrate con il sistema CUP;
- prenotazioni ad uno sportello CUP sito in strutture convenzionate quali Associazioni mediche, Istituti accreditati, Associazioni di volontariato, Enti locali e così via;
- prenotazioni WEB effettuate direttamente dall'utente.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Dal mese di febbraio 2009, su autorizzazione del Ministero della Salute e nulla osta dell'Autorità Garante per le Comunicazioni, la Regione Autonoma della Sardegna ha attivato, limitatamente al territorio regionale, l'operatività della numerazione telefonica speciale 1533, quale "Numero Regionale della Salute" (NRS), ossia numero telefonico unico per l'accesso al servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie.

È stato inoltre avviato un percorso di coinvolgimento delle farmacie territoriali per le attività di prenotazione, grazie alla stipula di un'apposita convenzione con Federfarma Sardegna per l'erogazione presso le farmacie regionali dei servizi sanitari online offerti dalla Regione, ivi inclusi quelli presenti sul portale CUP per il cittadino.

I medici specialisti sono dotati dello strumento informatico di autoprescrizione elettronica collegato col CUP regionale che consente loro di prescrivere e prenotare su agende dedicate l'appuntamento che rientra nell'attività di "presa in carico" (visite di controllo programmate, completamento iter diagnostico, etc.). Grazie agli strumenti informatici di prenotazione e di prescrizione, integrati tra loro, la prenotazione può essere effettuata o dallo stesso specialista o dagli operatori del CUP che lavorano nella struttura in cui lo stesso specialista opera.

### 3.4.6 Il processo di prenotazione

Il processo standard di prenotazione si esplica attraverso le seguenti fasi:

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

La prenotazione di prestazioni in regime di libera professione ha una gestione separata rispetto alla prenotazione in regime SSN, anche se effettuata con il medesimo sistema CUP.

Al fine di prevenire la prenotazione multipla di più prestazioni a fronte della stessa impegnativa, l'inserimento delle prestazioni da prenotare è accompagnato da opportuni controlli automatizzati, in grado di verificare l'eventuale già avvenuta prenotazione/erogazione delle medesime prestazioni. È fondamentale che tali controlli consentano la rilevazione di questa fattispecie di anomalie, non solo all'interno della singola Azienda sanitaria ma anche nell'ambito dell'insieme delle strutture erogatrici di pertinenza del sistema CUP.

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

### 3.4.7 Gestione delle disdette

L'utente che non ha intenzione di presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire la prenotazione in tempo utile, di norma almeno 24 ore prima, al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo disponibile. Nel proprio PAGLA, le Aziende del SSR, al fine di favorire l'accessibilità ai servizi di disdetta,



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

prevedono l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate attingendo a quante più modalità possibili tra quelle elencate di seguito:

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

Al fine di ottimizzare l'utilizzo delle agende dovranno essere previsti opportuni meccanismi di notifica, aventi funzione di promemoria nei confronti dell'utente (es. SMS, e-mail), per ricordare la prenotazione effettuata. Nel caso in cui l'utente non si presenti e non abbia effettuato la disdetta, il sistema CUP evidenzia le informazioni utili per l'applicazione delle sanzioni pecuniarie previste.

### 3.4.8 Prestazioni non eseguite per mancata presentazione

Sono stati implementati meccanismi digitali per l'invio automatico di SMS di promemoria dell'appuntamento e richiamata automatizzata del paziente (CUP Recall), che assicurano una comunicazione più efficace e che consentono la possibilità per l'utente di disdire agevolmente un appuntamento prenotato sul CUP regionale tramite un semplice SMS di risposta, evitando in tal modo il disdicevole fenomeno del “*no show*” (drop-out).

Nel caso in cui il paziente non si presenti alla visita e non abbia effettuato la disdetta, preannunciando l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata nei tempi stabiliti e con le modalità individuate dalle Aziende, ai sensi del comma 15 dell'art. 3 del decreto legislativo 29.04.1998 n. 124 e ss.mm.ii. è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione.

Nei propri PAGLA, le Aziende del SSR definiscono le modalità operative per il governo del fenomeno della “*prestazione non eseguita*” attraverso la predisposizione e l'attivazione di servizi di recall e di servizi telematici dedicati alle modalità operative per consentire la disdetta/modifica di una prenotazione da parte del paziente e le relative tempistiche.

## 4 LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO

---

### 4.1 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI RICOVERO

All'interno dell'organizzazione sanitaria il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) assume un ruolo di supporto fondamentale per la pianificazione dell'obiettivo e il controllo delle liste d'attesa dei ricoveri. Al fine di assicurare equità nell'accesso, l'inserimento delle richieste di ricovero programmato nella lista di attesa dovrà avvenire tramite le procedure informatiche centralizzate presenti nel modulo LA (liste di attesa) integrato con il modulo ADT (Accettazione, Dimissione, Trasferimento) del Sistema Informativo Sanitario Regionale SISaR e dovrà basarsi su criteri di appropriatezza e priorità clinica. L'integrazione LA/ADT fa sì che tutti i ricoveri programmati siano obbligatoriamente inseriti in lista d'attesa per poter procedere alla convocazione e al ricovero del paziente.

Alle restrizioni e vincoli già implementati, devono aggiungersi quelli previsti dal PNGLA. Risulta obbligatorio l'utilizzo delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal mattone “*tempi di attesa*”.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

La programmazione dell'attività di ricovero, supportata dal sistema informatico, avviene nelle seguenti fasi: 1) Inserimento in lista d'attesa; 2) Attivazione del pre-ricovero; 3) Convocazione del paziente; 4) Ricovero.

I PAGLA delle Aziende del SSR contengono disposizioni affinché il ricovero programmato avvenga acquisendo il paziente dalla lista d'attesa. Il paziente è inserito in lista d'attesa specificando la classe di priorità, la diagnosi (descrittiva e codificata) e l'eventuale intervento principale. In seguito all'attivazione della pre-ospedalizzazione, attraverso il sistema informativo, si comunica ai servizi diagnostici l'inizio del processo e si abilita la possibilità di effettuare richieste di prestazioni tramite l'*order entry*. Concordata la data di ricovero col paziente, si avvia il modulo per la gestione del ricovero effettivo.

I PAGLA delle Aziende del SSR contengono disposizioni operative in relazione alla programmazione settimanale delle sale e delle risorse operatorie, con metodo scorrevole, in funzione della consistenza e della classe di priorità considerando tutte le liste d'attesa a prescindere dalla disciplina.

I PAGLA delle Aziende del SSR dovranno prevedere un incremento delle sedute operatorie, intervenendo sia sui processi intraospedalieri e programmando le stesse anche al pomeriggio, e potranno individuare modalità di gestione del percorso ospedaliero che semplifichino la presa in carico dell'utente e il coordinamento delle funzioni: ematochimici, ECG, esame radiologico, visita anestesilogica, anamnesi generale, predisposizione della cartella di pre-ospedalizzazione.

## 4.2 USO SISTEMATICO DELLE CLASSI DI PRIORITÀ

Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio indicare la classe di priorità, definita in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNGLA, al momento dell'inserimento nelle liste d'attesa; solo il suo rigoroso utilizzo garantisce la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni. Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente. La tabella seguente richiama le classi di priorità da utilizzarsi e i tempi massimi previsti:

Classe di Priorità per il ricovero	Indicazioni
<b>A</b>	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>B</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
<b>C</b>	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
<b>D</b>	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.

Al fine di assicurare equità di accesso al SSR, le medesime disposizioni sono valide per i ricoveri intramoenia e per i privati convenzionati. L'inserimento delle richieste di ricovero programmato nella lista avviene tramite le procedure informatiche analoghe a quelle del servizio pubblico e si basa su criteri di appropriatezza e priorità clinica. Gli schemi di contratto con i privati accreditati dovranno prevedere l'interoperabilità operativa pubblico-privato dei sistemi informatici. In assenza di integrazione, le strutture private assicurano che le liste di attesa siano costantemente allineate con quelle pubbliche attraverso lo sviluppo di un efficace sistema informativo.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

### **4.3 GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE D'ATTESA**

Al fine di garantire la trasparenza, all'atto dell'inserimento in lista, al cittadino devono essere comunicate informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità, la durata presunta dell'attesa, oltre a informazioni circa il pre-ricovero e ogni altra indicazione ritenuta utile, secondo il modello organizzativo aziendale.

## **5 MONITORAGGIO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA**

---

### **5.1 STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO**

Per garantire la governance delle liste di attesa a livello regionale e aziendale è realizzato un cruscotto, adeguato alle regole definite nel presente PRGLA, che assicuri il monitoraggio dei tempi di attesa, dei volumi di prescrizione per tipologia e dell'appropriatezza prescrittiva. Le informazioni da monitorare e i relativi report e indicatori dovranno essere definiti dalla Cabina di Regia regionale e condivisi con le Aziende del SSR.

La Cabina di Regia regionale, entro 60 giorni dall'approvazione del presente PRGLA, individuerà le informazioni da monitorare attraverso report e indicatori specifici, con i relativi target di performance, dal Sistema CUP per l'attività ambulatoriale e dal SIO-ADT per l'attività ospedaliera. A titolo esemplificativo si riportano alcuni possibili indicatori del CUP fondamentali per il governo effettivo del sistema di gestione degli accessi:

- numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici;
- numero di utenti e di accessi medi giornalieri;
- numero di prenotazioni effettuate;
- saturazione delle agende;
- misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate;
- statistiche di prenotazioni/prestazioni prenotate, dettagliate/sintetiche, raggruppate per struttura, unità erogante, punti di prenotazione, ecc. variazioni dei volumi di offerta;
- rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente.

Durante il periodo di vigenza del presente PRGLA, le Aziende Sanitarie devono garantire attività sistematiche e periodiche di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero programmato relativamente alla presenza del quesito diagnostico, la corretta identificazione della tipologia di accesso e all'utilizzo sistematico delle classi di priorità.

### **5.2 PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DI MONITORAGGIO**

Fermo restando che l'obbligo del rispetto dei tempi massimi di attesa per codice di priorità clinica riguarda la totalità delle prestazioni ambulatoriali erogate, si riporta di seguito l'elenco delle prestazioni oggetto dei monitoraggi, indicate nel PNGLA 2019-2021, che potrà essere rivisto nel corso del triennio di validità del presente piano. Si precisa che fino all'entrata in vigore del decreto di cui al comma 2 dell'art. 64 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 2 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"*, le prestazioni sono identificate dai codici del Nomenclatore nazionale di cui al DM 22 luglio 1996 e dai codici del *Catalogo regionale delle Prestazioni Specialistiche* approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 32/51 del 8.08.2019.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

### Visite specialistiche

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	LEA PNGLA	Codice catalogo regionale
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	S08V01
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6	S09V01A
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	S19V01
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13	S32013
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02	S34083
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7	S36V01
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1	S37028
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	S38V01
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2	S43V01
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7	S52V01
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2	S56V02
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	S58V01
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6	S64V01
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	S68V01

### Prestazioni strumentali

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice catalogo regionale
<i>Diagnostica per immagini</i>				
15	Mammografia bilaterale ER	87.37.1	87.37.1	R69032
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	R69033A R69033B
17	TC del Torace	87.41	87.41	R69034
18	TC del Torace senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	R69035
19	TC dell'Addome superiore	88.01.1	88.01.1	R69151
20	TC dell'Addome superiore senza e con MCD	88.01.2	88.01.2	R69152
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	R69153
22	TC dell'Addome inferiore senza e con MCD	88.01.4	88.01.4	R69154
23	TC dell'Addome completo	88.01.5	88.01.5	R69155
24	TC dell'Addome completo senza e con MCD	88.01.6	88.01.6	R69156
25	TC Cranio - encefalo	87.03	87.03	R69054
26	TC Cranio - encefalo senza e con MCD	87.03.1	87.03.1	R69055
27	TC del Rachide e dello speco vertebrale	88.38.1	88.38.A/B/C	R69058
30	TC del Rachide e dello speco vertebrale senza/con MCD	88.38.2	88.38.D/E/F	R69172
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	R69173
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	R69241
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MCD	88.91.2	88.91.2	R69142
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	R69034
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza/con MCD	88.95.5	88.95.5	R69035
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	R69133A R69133B R69133C
39	RM della colonna in toto senza e con MCD	88.93.1	88.93.B	R69134A R69134B R69134C
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	R69074



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice catalogo regionale
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	S08012
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	88.73.5	88.73.5	S14018
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	R69080
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	R69085
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	R69087
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	R69075
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	R69076A
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	R69076B
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	S37038
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5	S14021
<b>Altri esami specialistici</b>				
51	Colonscopia totale con endoscopia flessibile	45.23	45.23	S58026
52	Polipectomia intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	S58034
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24	45.24	S58028
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	S58023
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1;45.16.2	S58025
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	S08007
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	S08006
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergonometro o con pedana mobile	89.41	89.41	S08001
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	88.44, 89.41	S08004
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	S38013
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	S68002
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	S68003
63	Fotografia del Fondo Oculare	95.11	95.11	S34092
64	Elettromiografia semplice [EMG] per arto superiore. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli.	93.08.1	93.08.A	S32033

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, sono prese in considerazione esclusivamente le visite e le prestazioni strumentali di primo accesso ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono invece escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva ("screening"), le prestazioni erogate nei consultori e in contesti assistenziali diversi.

Le classi di priorità attribuibili alle prestazioni di primo accesso sono:

Codice di Priorità	Tempo massimo di attesa
<b>U (Urgente)</b>	Da eseguire nel più breve tempo possibile e , comunque, entro 72 ore
<b>B (Breve)</b>	Da eseguire entro 10 giorni
<b>D (Differibile)</b>	Da eseguire entro 30 giorni se prima visita specialistica
	Da eseguire entro 60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale
<b>P (Programmata)</b>	Da eseguire entro 120 giorni



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Il monitoraggio riguarda le classi di priorità B, D e, successivamente, anche la classe P; è esclusa la classe U che necessita comunque di osservazione.

In accordo con quanto previsto dal PNGLA sui tempi massimi di attesa, le Aziende del SSR assicurano che le prestazioni siano erogate entro il tempo massimo di attesa almeno al 90% delle prescrizioni, per ciascuna delle classi di priorità oggetto di monitoraggio, nel rispetto degli ambiti di garanzia.

### 5.3 PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO OGGETTO DI MONITORAGGIO

Con riferimento all'attività di ricovero, il presente piano recepisce le indicazioni del PNGLA 2019-2021. In continuità con il PRGLA 2010-2012, per tutti i ricoveri programmati è confermato l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, di cui alla tabella sotto riportata.

Classe di Priorità per il ricovero	Indicazioni
<b>A</b>	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>B</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
<b>C</b>	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
<b>D</b>	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.

Al fine di garantire la trasparenza, all'atto dell'inserimento in lista d'attesa, al paziente sono comunicate le informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità, la durata presunta dell'attesa oltre alle informazioni in merito al pre-ricovero e a ogni altra indicazione ritenuta utile, secondo il modello organizzativo aziendale.

Inoltre, al paziente inserito in una lista di attesa per i ricoveri programmati, si deve dare la possibilità, anche attraverso servizi *on line*, di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa, mostrando la posizione all'atto della richiesta e la posizione corrente.

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato dall'ONLA.

N	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	Interventi chirurgici per melanoma	172.x	



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

N	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
9	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
10	By pass aortocoronarico	36.1x	
11	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
12	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
13	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
14	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

(1) Qualora la prestazione sia erogata prevalentemente o esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio deve riguardare tale setting assistenziale.

#### **5.4 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI**

Per la rilevazione dei tempi di attesa e i relativi flussi informativi si rimanda al paragrafo 6 del PNGLA 2019-2021 e all'Allegato B "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" del PNGLA 2019-2021 in cui vengono descritti gli aspetti operativi per i seguenti monitoraggi:

- 1) Monitoraggio ex-post delle prestazioni specialistiche in regime istituzionale;
- 2) Monitoraggio ex-ante delle prestazioni specialistiche in regime istituzionale;
- 3) Monitoraggio ex-post delle attività di ricovero programmate;
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- 5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico;
- 6) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
- 7) Monitoraggio della presenza sui siti web della Regione e delle Aziende Sanitarie della sezione dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- 8) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione nel sistema CUP.

I monitoraggi sopra elencati sono individuati a livello nazionale e costituiscono obbligo informativo verso le istituzioni competenti, pertanto, le Aziende del SSR assicurano la trasmissione sistematica dei flussi informativi nel rispetto della tempistica di invio dei dati nonché la loro completezza.

#### **5.5 VIGILANZA SULLA SOSPENSIONE DELLE PRENOTAZIONI ED EROGAZIONI**

Ai sensi dell'art. 1, comma 282 della legge n. 266 del 23.12.2005, nel quadro degli interventi per il governo dei tempi d'attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, è disposto il divieto di sospendere le attività di



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

erogazione delle prestazioni, ad eccezione di situazioni legate a motivi tecnici, prevedendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione può essere ammessa, perché legata a motivi tecnici, dandone informazione semestrale al Ministero della Salute.

In caso di violazione della predetta norma di legge, si applicano le sanzioni di cui al successivo comma 284 dell'art. 1, della medesima legge n. 266 del 23.12.2005.

Nell'ambito della Cabina di Regia sarà definito uno schema di regolamento aziendale da adottare per la gestione dei casi di sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale, in modo da creare uniformità in tutto il territorio per la gestione dei casi.

## **5.6 MONITORAGGIO PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI**

Il monitoraggio dei PAGLA prevede il coinvolgimento e la partecipazione delle parti sociali e delle associazioni e comitati per la tutela del diritto alla salute con i quali, pertanto, l'Azienda condivide periodicamente i dati del monitoraggio.

La cabina di regia regionale supporta la Direzione generale della Sanità nella valutazione di conformità dei PAGLA rispetto quanto disposto dal PRGLA e dal PNGLA e nel monitoraggio periodico delle attività attuate dalle singole Aziende del SSR in applicazioni dei piani citati. Laddove emergano criticità rilevanti, la cabina di regia riferisce in prima battuta al Direttore generale della Sanità e all'Assessore regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

## **5.7 PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI**

Il presente piano, in coerenza con quanto indicato dal PNGLA 2019-2021, stabilisce che il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) delle patologie oncologiche e cardiovascolari è attuato secondo la metodologia indicata nelle linee guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, istituito presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

## **6 TRASPARENZA E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE**

---

La Regione Autonoma della Sardegna e le Aziende del SSR garantiscono l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa attraverso tutti i possibili canali (campagne informative, Uffici relazioni col pubblico - URP, carta dei servizi), compresa la partecipazione di associazioni dei cittadini e di volontariato per favorire un'adeguata conoscenza e sensibilizzazione e provvedere ad alimentare e tenere aggiornata un'apposita sezione del proprio sito istituzionale con informazioni relative a:

- modalità di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime istituzionale e in regime ALPI;
- modalità di pagamento delle prestazioni e disdetta;
- modalità di accesso ai ricoveri programmati e di formazione delle liste di attesa;
- percorsi di tutela in caso di sfioramento dei tempi massimi e sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto dal PRGLA;
- tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

La Direzione generale della Sanità della Regione Autonoma della Sardegna trasmette il presente piano regionale, entro 30 giorni dalla sua adozione, alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, e ne cura la pubblicazione sito internet istituzionale e sul portale della Regione e delle Province Autonome.

## **7 DISPOSIZIONI TRANSITORIE**

---

In considerazione del fatto che, ai sensi della recente legge regionale 11.09.2020 n.24, sono state istituite nuove Aziende del SSR che avranno personalità giuridica solo a decorrere dal gennaio 2021, per le istituende ASL i 60 giorni per la presentazione dei PAGLA decorrono a partire dal 1° gennaio 2021.



# Allegato A

## Confronto tra il PNGLA e il Piano regionale

Di seguito sono riportati i punti principali del PNGLA 19-21 che devono essere garantiti dalla Regione nell'adozione del presente PRGLA con l'indicazione dell'azione e del riferimento interno al documento in cui è descritta l'azione:

N	Linea di intervento	Rif.	Azione
1	I tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero erogate sul proprio territorio. I tempi massimi stabiliti non possono essere superiori a quelli nazionali. In caso di mancata esplicitazione di detti tempi massimi da parte delle Regioni e Province Autonome, resta intesa l'applicazione dei parametri temporali determinati nel presente Piano.	3.2.1 5.2 5.3	I PAGLA delle Aziende del SSR assicurano che almeno il 90% delle prestazioni siano erogate entro il tempo massimo di attesa
2	La possibilità per le ASL e le Aziende Ospedaliere (AO) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria (vedi sopra riportato punto L).	3.3.2	I PAGLA delle Aziende del SSR disciplinano l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive
3	L'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzia le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.	3.3.3	Entro 60 giorni le Aziende procedono alla rilevazione delle grandi apparecchiature in dotazione. I PAGLA delle Aziende del SSR descrivono le misure per raggiungere l'obiettivo dell'utilizzo all' 80% nel 2021 e al 90% nel triennio successivo
4	L'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).	5.2 5.3	L'elenco è contenuto ai punti 5.2 e 5.3 del PRGLA
5	I criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in Classe P. La Classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 giorni.	5.2	I PAGLA delle Aziende del SSR contengono i criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in classe P anche attraverso l'attivazione dei PDTA
6	Le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a:	3.2.1	I PAGLA delle Aziende del SSR contengono le misure per la valutazione dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

<b>N</b>	<b>Linea di intervento</b>	<b>Rif.</b>	<b>Azione</b>
	i. utilizzo sistematico delle Classi di priorità; ii. presenza del Quesito diagnostico; iii. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.		
<b>7</b>	La gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP deve gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.	3.4.2	Il punto 3.4.2 del PRGLA descrive le misure adottate per l'implementazione del sistema CUP in Sardegna
<b>8</b>	L'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.	3.4.2	I PAGLA delle Aziende del SSR indicano i servizi telematici dedicati alle disdette optando tra: - Call center con o senza operatore - Sito internet
<b>9</b>	La totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI. Nello specifico l'erogatore accreditato si impegnerà "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione).	3.4.2	Sul sistema CUP regionale viene registrata l'attività svolta in regime SSN e in libera professione intramuraria ALP, configurata in apposite agende. Il punto 3.4.2 del PRGLA descrive i sistemi di prenotazione da cui estrarre le informazioni sull'attività erogata.
<b>10</b>	L'implementazione di strumenti di gestione della domanda, già sperimentati presso le Aziende Sanitarie di diverse Regioni italiane, modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C, e successivi aggiornamenti.	3.2.1 3.2.2	Entro 60 giorni, la deliberazione della Giunta regionale aggiorna le tabelle RAO
<b>11</b>	Il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (follow up, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli.	3.3.1	I PAGLA delle Aziende del SSR definiscono il fabbisogno di prestazioni specialistiche e il piano delle prestazioni erogabili
<b>12</b>	Il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di	3.4.8	I PAGLA delle Aziende del SSR dettagliano i servizi telefonici o/e telematici di richiamata



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

<b>N</b>	<b>Linea di intervento</b>	<b>Rif.</b>	<b>Azione</b>
	richiamata - recall e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica); al riguardo, si richiamano i disposti dell'art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998 in base al quale: "L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione", e comunque si ritiene possibile l'adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali/provinciali		(recall) prevedendo che se il paziente non si presenta alla visita, si applicano le sanzioni amministrative previste dalla legge.
<b>13</b>	La realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.	3.2.5 3.4.1	I PAGLA delle Aziende del SSR contengono le linee guida per la definizione dei protocolli per la presa in carico e la gestione del paziente cronico
<b>14</b>	La definizione e l'applicazione di "percorsi di tutela" ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.	3.3.5	I PAGLA delle Aziende del SSR contengono i percorsi di tutela con la procedura che consente al paziente di effettuare la prestazione presso un privato accreditato
<b>15</b>	L'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipes, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.	3.3.6	I PAGLA delle Aziende del SSR definiscono il rapporto tra volumi di attività istituzionali e ALPI secondo le linee guida deliberate dalla Giunta regionale
<b>16</b>	in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.	3.3.6	La deliberazione della Giunta regionale n. 59/5 fornisce le indicazioni sulla sospensione/riduzione delle attività ALPI in caso di sfioramento
<b>17</b>	l'attivazione dell'Organismo paritetico regionale, all'interno delle attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale, di cui all'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3, e la sua composizione; tale adempimento è sottoposto a verifica nell'ambito dei lavori del Comitato LEA.	3.3.6	L'Organismo paritetico regionale è istituito con la deliberazione della Giunta regionale n. 51/21 del 17.11.2009
<b>18</b>	la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).	5.4	Il punto 5.4 del PRGLA definisce i monitoraggi che costituiscono l'obbligo informativo su cui le Aziende Sanitarie del SSR assicurano la trasmissione sistematica dei flussi informativi



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

<b>N</b>	<b>Linea di intervento</b>	<b>Rif.</b>	<b>Azione</b>
19	L'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.	6	I PAGLA delle Aziende del SSR determinano le modalità di informazione e comunicazione istituzionale sulle liste d'attesa in coerenza con il PNGLA
20	Lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di: i. consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità; ii. annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online; iii. pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito; iv. visualizzare gli appuntamenti già prenotati; v. ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.	3.4.1	Il punto 3.4.1 del PRGLA contiene la descrizione organizzativa del CUP regionale
21	Favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità.	3.4.5	Il punto 3.4.5 del PRGLA prevede l'implementazione di un canale di accesso, integrato col sistema CUP, che consente le prenotazioni presso le farmacie territoriali
22	La vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale.	5.5	Entro 90 giorni dall'adozione del PRGLA è definito uno schema di regolamento aziendale da adottare in caso di sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni
23	La vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.	5.5	Il punto 5.5 del PRGLA prevede l'applicazione delle sanzioni amministrative previste dalla legge
24	Il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, che costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.	2.3	Lo schema di contratto di lavoro per i Direttori generali delle Aziende del SSR contiene le previsioni sull'inserimento degli obiettivi per il superamento delle criticità legate alle liste di attesa
25	Il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.	5.6	Il punto 5.6 del PRGLA prevede il monitoraggio periodico delle attività previste nei PAGLA
26	La trasmissione del Piano Regionale, entro 30 giorni dalla sua adozione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione e delle Province Autonome.	6	Il punto 6 del PRGLA dispone sulla trasmissione a cura della DG Sanità