

**Azioni Urgenti per il Governo delle  
Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale  
e delle Liste d'Attesa**

## Sommario

1.Premessa .....	3
2.Rimodulazione Analisi storica del bisogno e dell’offerta .....	5
3.Scheda Azione 1) .....	6
3.1.Fase Processo: Prescrizione .....	6
4.Scheda Azione 2) .....	7
4.1.Fase Processo: Prenotazione visita e/o esame diagnostico .....	7
5.Scheda Azione 3) .....	9
5.1.Fase del processo: Gestione Prenotazioni .....	9
6.Scheda Azione 4) .....	13
6.1.Fase del processo: Erogazione delle Prestazioni.....	13
7.Scheda Azione 5) .....	14
7.1.Fase del processo: Chiusura del Ciclo o Evento (altre ottimizzazioni).....	14
8.ALLEGATI ALLA PROCEDURA .....	17
Processo per prima visita “nuovo evento”.....	27
Processo per visita “Programmata” o visita all’interno di “PDTA” .....	28
Azioni Prioritarie – Urgenti per il governo delle Liste d’Attesa.....	29

## 1. Premessa

---

La peculiarità che caratterizzano il governo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e conseguentemente delle azioni da implementare, sono legate alla complessità e variabilità delle prestazioni da erogare ed alla molteplicità dei soggetti coinvolti.

Le prestazioni ambulatoriali vengono erogate da tutte le aziende del Servizio Sanitario Regionale, sia in ambito territoriale che in ospedaliero, da soggetti pubblici e privati ed all'interno della componente di erogazione pubblica, sono erogate da soggetti dipendenti e da soggetti convenzionati.

Si tratta di un ventaglio di possibili erogatori che devono condividere regole, strategie e finalità d'azione, perseguendo un disegno coerente con i bisogni da soddisfare e con la sostenibilità economica del sistema.

Il problema del governo delle liste d'attesa è legato prevalentemente alla corretta individuazione della prospettiva d'azione, ovvero che sia necessario governare, appropriatamente, nella loro globalità le prestazioni di specialistica ambulatoriale e che solo come conseguenza del governo delle prescrizioni e della erogazione delle prestazioni ambulatoriali possano essere governate anche le liste d'attesa. Si governa un processo articolato di erogazione di servizi e non le attese.

La DGR 19/42 del 17.04.2018 affronta in modo articolato ed esaustivo la problematica, individuando come principale problematica, che ha reso infruttuose le azioni svolte negli ultimi anni, il fatto che non siano state distinte, in modo netto, le due linee di prescrizione e conseguente prenotazione delle prestazioni legate ai nuovi eventi, reale problema delle liste di attesa, definite come prime visite o primi accessi, che rappresentano il primo contatto del paziente con il Sistema per il problema di salute posto, con un proprio ciclo delimitato da un inizio e una fine, da tutte quelle prestazioni successive che sono per loro natura programmabili.

Oggi queste due tipologie di prestazioni vengono gestite in un unico processo di prenotazione ed erogazione generando confusione e la percezione di tempi d'attesa molto lunghi.

La necessità di una prima visita ambulatoriale è infatti caratterizzata dal fatto che sia insorto un nuovo sintomo o un nuovo sospetto diagnostico, il ciclo di erogazione è caratterizzato da una visita e un eventuale controllo (vedi schema); un fatto acuto molto diverso da quelle che sono invece le prestazioni legate a controlli programmabili nel tempo, come ad esempio per eventuali follow-up di lungo periodo o per la presa in carico di vere e proprie malattie croniche, sino ad arrivare a quel subset di pazienti con comorbidità multiple, spesso grandi anziani e spesso non

autosufficienti, che pur rappresentando una piccola parte della popolazione assorbono un'alta quota delle risorse di assistenza Ospedaliera ed Ambulatoriale.

Un cittadino che oggi dovesse andare a prenotare una delle 43 prestazioni, sottoposta a monitoraggio, verrebbe prenotato ad una data molto lontana, sicuramente non adeguata alla possibile urgenza e sicuramente intollerabile come percezione soggettiva.

Gli strumenti di monitoraggio, sinora utilizzati si sono rivelati decisamente insufficienti e non danno una rappresentazione corretta del problema. Si aggiunga a questo che in tempi recenti anche a causa dell'aumento di prenotazioni tramite Call Center (1533) sia aumentato il numero di telefonate rifiutate (per sovraccarico degli operatori) sino a valori inaccettabili (variano dal 10-12 % dei Call Center Area Nord al 40 % dell'Area Centro e 25-30% dell'Area Sud) è auspicabile che almeno il 90 % delle telefonate abbia risposta in 1 min. circa e permetta l'effettuazione della prenotazione in circa 2-3 min. in media, di telefonata. A quanto esposto si aggiungono problematiche tecniche legate alla gestione dei Call Center, del Front Office, delle agende, alla prenotazione degli esami, al fenomeno del "Drop Out" (non presentazione ad esami prenotati) nonché alla definizione della reale erogazione delle prestazioni (cambiamento di stato) e dei sistemi di rilevazione e pagamento dei ticket.

La scorretta programmazione delle agende, senza differenziazione tra 1° accesso e accessi successivi, non è l'unico fenomeno di rilievo, è infatti presente quella che potremmo chiamare "autogestione dei controlli", cioè una forma di auto programmazione dei controlli da parte della gran parte dei professionisti coinvolti nella visite ambulatoriali che ad oggi gestiscono volumi (rapporto ore lavorate dai professionisti e visite prenotabili) tempistica di erogazione delle prestazioni (tempi medi di erogazione delle medesime prestazioni) con ampio margine di autonomia, questo è particolarmente vero per gli specialisti convenzionati dei poliambulatori che "prendono in carico" autonomamente una ristretta coorte di pazienti e programmano una elevata quantità di visite di controllo tendenzialmente alle stesse persone, probabilmente sovrastimando i controlli e comunque saturando, in questo modo, la gran parte della loro offerta di prestazioni, che vengono prenotate in agende "esclusive" quindi non accessibili alla prenotazione pubblica; in questo modo si sottraggono alti volumi di prestazioni alla possibilità di essere prenotati all'interno di agende pubbliche per prime visite, con conseguente riduzione dell'offerta complessiva. Tali autogestione non è inserita in programmi di presa in carico della cronicità (PNC) né a precisi (PDTA) Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali definiti in base alle Linee Guida Nazionali.

Gli altri fenomeni di rilievo del problema sono:

1) L'elevata inapproprietezza delle prescrizioni formulate dai medici prescrittori e quasi nulla, e spesso scorretta, utilizzazione dei codici U-B-D-P (Urgente-Breve-Differita-Programmata) in base ai RAO (Raggruppamenti d'Attesa Omogenei) non ancora approvati a livello regionale;

2) La difficoltà a definire un corretto dimensionamento dell'offerta che dovrebbe essere proporzionato ai bisogni espressi ma che sappia anche intercettare i bisogni inespresi o espressi in modo inadeguato senza portare ad un aumento indefinito dell'offerta che inseguendo richieste inappropriate potrebbe condurre ad un vero e proprio consumismo sanitario.

Per tutte le motivazioni sopra espresse è necessario mettere in campo una serie di azioni multifattoriali che affrontino il problema nella sua complessità, con azioni immediate, energiche, a 360° e che vedano coinvolti come soggetti attuatori tutti i servizi aziendali di ATS in stretto collegamento con le altre aziende del SSR e dell'Assessorato, i MMG e PLS, i Distretti con Poliambulatori e le Case della Salute, nonché da tutte le strutture erogatrici di visite e diagnostica strumentale in ambito ospedaliero sia Pubbliche che Private.

Tali azioni dovranno coinvolgere le direzioni mediche ospedaliere, le Direzioni d'Area, le strutture di Staff e quelle dell'Area Giuridico Amministrative di ATS.

È necessario infatti esercitare, oltre la funzione di committenza, verso i soggetti pubblici e privati, anche tutte le azioni collaterali al governo delle liste d'attesa, in particolare; la parte formativa, verso gli operatori, la parte di comunicazione e sensibilizzazione verso gli utenti, la ridefinizione del nomenclatore delle prestazioni erogate dall'Azienda, la ristrutturazione delle agende e il potenziamento dell'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della prescrizione elettronica in modo molto più ampio di quanto si faccia attualmente.

È necessario inoltre un efficiente sistema di monitoraggio in tempo reale (Real Time) che permetta di conoscere settimanalmente quante prestazioni vengono erogate, quante prenotate dove vengono eseguite e quali sono i tempi d'attesa per ogni singola categoria di prestazioni e di priorità, calcolati sia in modo prospettico (ex ante) che retrospettivo (ex post), due modalità di monitoraggio che rappresentano quanto percepito dai cittadini, la prima, ed il tempo reale di erogazione la seconda.

Alle presenti azioni, in corso d'opera seguiranno le linee guida per il governo delle liste d'attesa delle prestazioni in regime di ricovero.

## **2.Rimodulazione Analisi storica del bisogno e dell'offerta**

---

I sistemi informativi con la Programmazione Strategica ed il Controllo di Gestione ATS provvedono all'analisi dei volumi storici alla sede di erogazione, alla individuazione di eventuali macroscopiche inappropriately, alla comparazione dei volumi locali ATS ed ASSL con i volumi/abitante di altre regioni per le principali prestazioni soggette a monitoraggio.

Definizione dei volumi complessivi da erogare (anche per pesa in carico cronicità, come descritto successivamente). Definizione di possibili azioni mirate di committenza. Definizione di un Nomenclatore/Listino aziendale.

Analisi per singola Area (Staff Direzione e Staff d'Area) delle principali criticità ed azioni correttive anche con l'uso di mezzi straordinari (prestazioni aggiuntive notturne e festive); si tratta di piani straordinari di intervento da definire tra la direzione ATS e le Aree.

Linee Guida per il governo dell'Alpi e definizione del processo a livello aziendale con le relazioni attive tra i servizi aziendali coinvolti, pur nella convinzione che l'Alpi non abbia un ruolo attivo nel governo delle prestazioni ambulatoriali anzi in casi specifici si potrebbe prevedere la sospensione temporanea dell'attività in Alpi, qualora le liste d'attesa per le prime Visite superassero, per specifica prestazione, una soglia definita a priori.

### 3.Scheda Azione 1)

#### 3.1.Fase Processo: Prescrizione

- **Attività formativa** per la prescrizione appropriata delle prestazioni a maggior impatto numerico o economico (ATS).
- **Approvazione Raggruppamenti Attesa Omogenei (RAO)** e loro corretta utilizzazione da parte dei MMG PLS e dei prescrittori in generale con utilizzazione corretta dei codici: U-B-D-P con evidenza del quesito diagnostico.
- Allargamento ai MMG e PLS della **prescrizione elettronica** (aumenta la tracciabilità delle prescrizioni).
- Warning automatico prenotazioni multiple per CF e codice prestazione.

#### **Attività Formativa e Campagna informativa e formativa orientata verso i cittadini. Raccolta dei RAO Raggruppamenti di Attese Omogenee (utilizzati in varie Regioni Italiane ed in ASSL sarde)**

---

Da attivare in tutte le aree sulle principali cause di prescrizione inappropriata, le azioni dovrebbero essere di diversi tipi:

1. Di base che tenda a diffondere i principi del "Choosing Wisely" e della "Slow Medicine";
2. Mirata su alcune prestazioni, ad alto impatto, prescritte in modo largamente inappropriato (RMN della colonna, Doppler Vasi Sovraortici, Endoscopia digestiva ed altre);
3. Definizione e diffusione dei RAO e loro corretta utilizzazione;

In questa azione sono coinvolti tutti i servizi di Staff: formazione, qualità ed appropriatezza, HTA e tutti i servizi legati alla comunicazione interna ed esterna.

Piano delle Attività di primo impatto da definire entro 15 giorni dalla presente deliberazione.

Si tratta di una campagna informati multimediale multicanale indirizzata ai cittadini, con la finalità di garantire la conoscenza diffusa degli elementi utili al corretto utilizzo delle prestazioni

ambulatoriali, senza una partecipazione consapevole ed orientata dei cittadini è impossibile il governo di fenomeni come l'inappropriatezza, l'uso scorretto dei codici di priorità, i drop out e tutti gli altri fenomeni che richiedono un coinvolgimento attivo dei cittadini.

Si tratta di raccogliere omogeneizzare discutere ed implementare su base regionale i criteri di prenotabilità delle prestazioni (vedi Lombardia, Veneto, Toscana e RAO in uso ASL Olbia, ASL Sassari e ASL Sanluri). Un gruppo di lavoro costituito ad hoc dovrà proporre entro 30 gg una bozza di Linee di indirizzo regionali almeno sulle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio. Incontri con le organizzazioni sindacali MMG e PLS e prescrittori in generale per l'implementazione del loro utilizzo, anche con previsione di premialità o riduzione di componenti variabili della retribuzione in base alla appropriatezza prescrittiva.

## 4.Scheda Azione 2)

### 4.1.Fase Processo: Prenotazione visita e/o esame diagnostico

- Campagna informativa rivolta ai cittadini per il corretto uso del servizio, dei codici di priorità e dell'importanza della disdetta di esami già eseguiti.
- **Reale accessibilità alla prenotazione** con **potenziamento immediato** di tutti i sistemi di prenotazione: **Call Center 1533** (almeno 90 % risposte entro 1 min.
- Diffusione di Sportelli CUP Ticket polivalenti
- Totem pagamento Ticket
- Definizione degli **"Ambiti di Garanzia"** di erogazione nei tempi Standard CSR (Conferenza Stato Regioni) del 90 % delle prestazioni B, D, entro i tempi stabiliti (priorità B entro 10 giorni, priorità D entro 30gg visite-60 gg esami strumentali). Il target viene raggiunto se il 90% delle prenotazioni si colloca al di sotto del tempo massimo di attesa previsto per la priorità indicata.

## “Ambiti di Garanzia” delle 43 Prestazioni soggette a monitoraggio

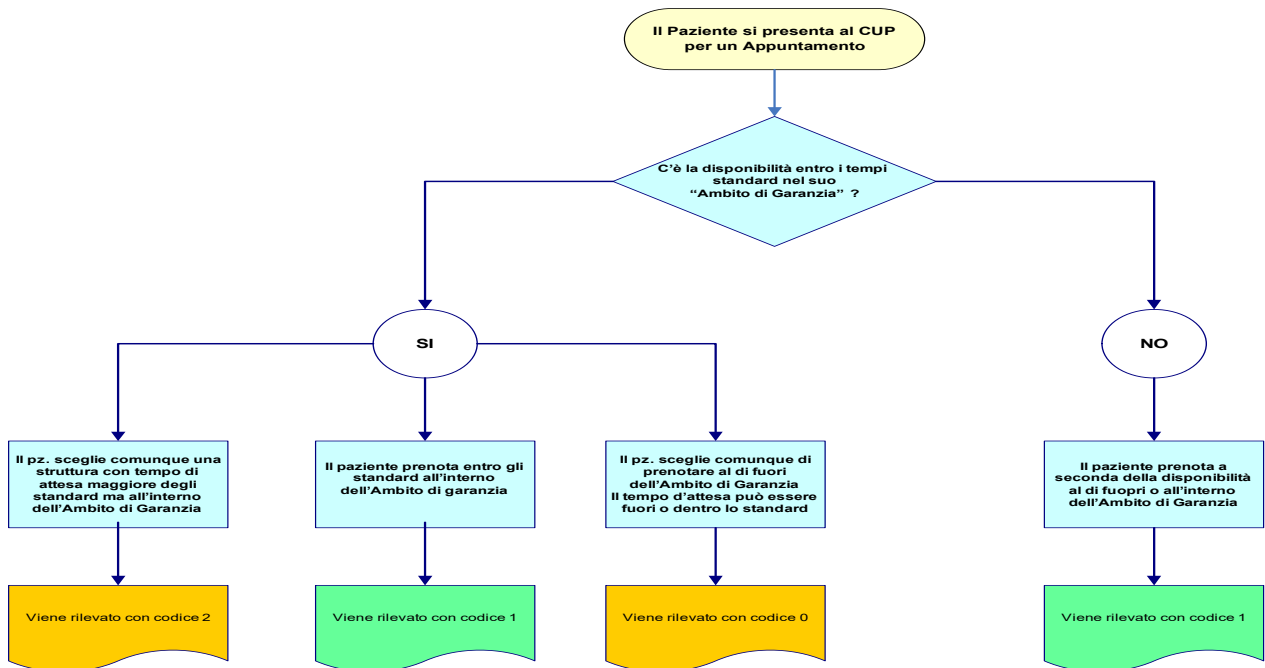
PRESTAZIONI AMBITO DI GARANZIA ASL (AREA)	PRESTAZIONI AMBITO DI GARANZIA DISTRETTO	PRESTAZIONI AMBITO DI GARANZIA MACRO AREA NORD-CENTRO-SUD
ECOGRAFIE	ELETTROCARDIOGRAMMA	TUTTE LE RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM)
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO (VISITA OCULISTICA)	TUTTE LE TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	ESAME DEL FUNDUS OCULI	
ENDOSCOPIE DEL TRATTO DIGERENTE	VISITA CARDIOLOGICA	
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	VISITA DERMATOLOGICA	
MAMMOGRAFIE	VISITA FISIATRICA	
SPIROMETRIA GLOBALE	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	
SPIROMETRIA SEMPLICE		
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO		
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE		
VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		
VISITA ENDOCRINOLOGICA		
VISITA GASTROENTEROLOGICA		
VISITA GINECOLOGICA		
VISITA NEUROLOGICA		
VISITA ONCOLOGICA		
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA		
VISITA PNEUMOLOGICA		
VISITA UROLOGICA		

## Contratto con i Cittadini

**É necessario (cabina di regia regionale) definire le regole di prenotabilità per ambiti di garanzia e conseguente calcolo dei tempi d’attesa e monitoraggio degli stessi.**

Si tratta di prevedere per le principali prestazione (oggetto di monitoraggio) gli ambiti di garanzia nei quali l’azienda è tenuta a garantire i tempi d’attesa stabiliti dall’accordo stato regioni, **qualora il cittadino volesse scegliere la sede rifiutando una eventuale altra sede proposta viene meno il vincolo contrattuale con l’azienda** ed i tempi, più lunghi non concorrono al monitoraggio dei tempi d’attesa (vedi schema).





(Schema Regione Emilia Romagna, dgr 748/2011)

**Codice 0:** Se il pz. Sceglie la prestazione presso una struttura che non rientra fra quelle del suo bacino di riferimento;

**Codice 1:** Se il pz. Sceglie una disponibilità proposta entro i tempi massimi di attesa all'interno dell'ambito di garanzia oppure se non essendoci appuntamenti entro i tempi massimi di attesa nel suo ambito di garanzia viene proposto un appuntamento fuori standard (dentro o fuori del suo ambito).

**Codice 2:** Se il pz. Sceglie comunque un appuntamento presso una struttura con tempi di attesa oltre gli standard, nonostante vi sia un appuntamento entro standard disponibile nel suo ambito.

## 5.Scheda Azione 3)

### 5.1.Fase del processo: Gestione Prenotazioni

- Pulizia delle Agende, riorganizzate per permettere che non meno il 50 % del potenziale erogativo sia utilizzato per Prime Visite con priorità D in Agende Pubbliche.
- 5-10% Urgenze (U), Brevi (B).
- Restante 20% parte per visite Programmabili (P) ed altri controlli x PDTA (P), rimodulati per singola prestazione. (prestazione programmata, la cui effettuazione in un arco di tempo maggiore non compromette né la prognosi né la possibilità di cura)
- Le agende Esclusive solo per prenotare prestazioni di 2° accesso (controlli
- Totale dismissione delle Agende Cartacee (solo casi eccezionali).

### Ristrutturazione delle Agende

All'interno di questa azione va prioritariamente definita la "catena di comando" interna ad ATS che permetta di regolare il governo delle agende. (vedi schema allegato 1).

Gli attori principali sono la struttura SSD Governo delle prestazioni Ambulatoriali che svolge la funzione di Responsabile Unico Governo Liste D'attesa (RUGLA) con referenti per ogni ASL e le Segreterie CUP d'Area (una per ogni Area) che di concerto attuano le strategie individuate dalla direzione e la conducono sino al "fine tuning" (regolazione fine) delle agende in singole realtà, garantendo anche il raccordo con le strutture sovra aziendali e regionali.

Il ruolo delle direzioni di Distretto e delle DMPO è altrettanto centrale nella implementazione del sistema e del controllo operativo della attuazione.

Si tratta di procedere alla definizione, sulla base di singole esperienze locali attuate in regione Sardegna, di una graduale ma veloce differenziazione delle prestazioni Programmate e programmabili da quelle legate alle prime visite. Facendo in modo che nelle singole agende dei professionisti (sia distrettuali che ospedalieri) dopo aver depurato la quota di prestazioni necessarie per la cronicità, si proceda alla definizione degli spazi con una percentuale di "Slot" rilevanti per le prime visite D (non meno del 50%) una piccola parte per le prestazioni U e B (circa 5-10%) e la restante parte 20% per le prestazioni programmabili, P. La visita breve di controllo della prima visita deve essere collegata alla stessa entro un preciso arco temporale. La variabilità delle agende dipende dalla specialità e dalle specifiche esigenze locali rimanendo però all'interno di una logica di sistema.

In questo ambito vanno definite le regole principali di governo delle agende coerentemente con quanto previsto dalle linee guida nazionali e locali PRGLA come ad esempio la definizione di un volume di prestazioni prenotabili anche a lunga distanza di agende che devono essere sempre garantite (le agende non si possono chiudere).

Primo accesso	Secondo accesso
Il prescrittore è prevalentemente il MMG o il PLS	Il prescrittore può essere molteplice
Quesito diagnostico nuovo	Quadro diagnostico conosciuto
Imprevedibilità dell'esito	Esito prevedibile
Situazioni cliniche potenzialmente evolutive	Evoluzione clinica prevedibile
Necessità di risposta immediata	Necessità di una risposta clinica programmabile nel tempo
Determinanti altre decisioni cliniche	Non determinante, generalmente, altre decisioni cliniche

Si prevede anche la definizione di un tempario standard delle prestazioni, utili più al fine di omogeneizzare i comportamenti e rendere più governabili le agende ed il loro monitoraggio, che al fine di ottenere un aumento delle prestazioni. (schema allegato).

## **Eliminazione progressiva della prenotazione a CUP delle visite per pazienti cronici (Presa in Carico Cronicità)**

---

Individuazione per ogni area di Centrali o servizi d'Area o di servizi Distrettuali che prendano in carico i bisogni di prestazioni di Specialistica Ambulatoriale, quantificabili, prevedibili e programmabili delle principali patologie croniche. Almeno per il Diabete tipo I e II (la visita diabetologica è la prima che deve sparire dai CUP) lo Scompenso Cardiaco, la BPCO e tutta la diagnostica collegata alla diagnosi e follow up dei pazienti oncologici. Per queste quattro categorie di pz. vanno definiti:

1. Numero di pz da prendere in carico in ogni area;
2. Esami previsti nei PDTA per ogni Area sulla base di Linee Guida di rete regionali esami e volumi di attività dedicati;
3. Quantificazione complessiva (anche di stima) dei volumi di attività appropriati necessari;
4. Definizione dei professionisti e delle agende coinvolte;
5. Definizione di spazi dedicati con codice di prenotazione (P) nelle agende precedentemente individuate.

Uso sperimentale di piattaforme digitali per la gestione integrata (MMG, specialisti, Care Giver) della poli-cronicità e comorbidità ad alto consumo di prestazioni sanitarie.

Si ipotizza la costituzione di due centrali di governo della poli-cronicità a gestione infermieristica in almeno due Distretti della Sardegna, con gestione totale delle prescrizioni farmacologiche e di diagnostica clinica e strumentale. (Questo progetto sperimentale sarà oggetto di altro report).

## **Aspetti "Tecnico Operativi" dei Regole delle attività dei Call Center (definizione gara regionale) e dei CUP d'Area.**

Premessa: Nella Regione Autonoma della Sardegna, le prenotazioni avvengono tramite il sistema CUP Regionale da cui è possibile accedere tramite il Portale online, il Call Center e gli sportelli CUP all'offerta sanitaria pubblica regionale di specialistica ambulatoriale SSN, fornendo al cittadino – da un unico punto di accesso – la migliore combinazione < Luogo > / <Data di presunta Erogazione> in ambito Regionale. Le condizioni necessarie e sufficiente per cui avvenga una prenotazione sono di seguito elencate:

- L'offerta sanitaria è gestita tramite agende informatizzate

- L'agenda informatizzata è stata definita come pubblica ovvero accessibile all'intera collettività regionale

I tempi di attesa di specialistica ambulatoriale sono misurati esclusivamente per prestazioni prenotabili tramite agende Pubbliche Informatizzate, ovvero esiste una quota parte di offerta sanitaria che non contribuisce al miglioramento dei tempi di attesa.

Tale scenario rappresenta una delle direzioni finalizzate appunto al governo e abbattimento dei tempi di attesa. Tutte le prestazioni devono essere prenotate tramite sistema CUP, non devono esistere (solo casi limitati ed eccezionali) agende cartacee.

Analisi: A seguire si elencano gli *Asset* oggetto di analisi finalizzata a quanto sopra anticipato:

- Modalità di accesso all'offerta di prestazioni

Strumento	Modalità di Accesso	Azione
Agenda Informatizzata Pubblica	Prestazioni sono accessibili da ogni punto di contatto (Portale, Call Center, Sportelli CUP)	Massimizzare
Agenda Informatizzata Esclusiva	Solitamente utilizzata per Controlli e patologie croniche, le prestazioni sono accessibili esclusivamente presso l'ambulatorio o recapito telefonico dedicato	Razionalizzare
Agenda Cartacea	Solitamente utilizzata per Controlli e patologie croniche, le prestazioni sono accessibili esclusivamente presso l'ambulatorio o recapito telefonico dedicato	Minimizzare

Sebbene i tempi di attesa siano sicuramente migliorabili, si è constatato che l'intera offerta resa disponibile al cittadino non è completamente evasa, ovvero sono presenti spazi temporali dedicati all'erogazione di prestazioni che non vengono utilizzati per motivi di varia natura (ad esempio per scelta del cittadino). Ottimizzare il livello di occupazione delle agende equivale minimizzare sprechi e migliorare il servizio offerto.

Strumento	Livello di occupazione
Agenda Informatizzata Pubblica	Medio/Alto
Agenda Informatizzata Esclusiva	Medio
Agenda Cartacea	Non misurabile

## Obiettivi:

Ai fini del perseguimento dell'obiettivo del governo delle liste d'attesa si richiede il raggiungimento dei seguenti indicatori di performance entro il 2018:

1. Dalle analisi svolte sui dati rilevati sul sistema CUP regionale, si osserva una completa registrazione delle prestazioni erogate di specialistica ambulatoriale entro CUP, di contro è ancora elevata la percentuale di prestazioni (escluse quelle di laboratorio) che sono inserite a sistema tramite una procedura di prenotazione che è pari al 50% circa dell'attività

complessiva ed al 60% circa di quella riferita alle 43 prestazioni critiche di cui al PRGLA 2010-2012, comprese le prime visite specialistiche.

Azione: è necessario garantire la prenotazione su agende informatizzate sul sistema CUP regionale, di almeno:

- a. L'**80% tendente al 100%** delle prestazioni erogate di specialistica ambulatoriale, con riferimento alle 43 prestazioni critiche di cui al PRGLA 2010-2012;
- b. Il **70% tendente al 100%** della totalità delle prestazioni erogate di specialistica ambulatoriale istituzionale SSN (escluse le prestazioni di laboratorio analisi);

#### **Report n° 1. Percentuale a CUP prenotazione vs registrazione prestazioni ambulatoriali**

### **6.Scheda Azione 4)**

#### **6.1.Fase del processo: Erogazione delle Prestazioni**

- Aumento di volume prestazioni critiche in tutte le Area (tra le 43 oggetto di monitoraggio) sino al raggiungimento di tempi di prenotazione vicini allo standard.
- Diagnostica Pesante ATS (TC e RMN) funzionanti h 16 almeno 6 giorni su sette e se necessario 24/7.
- Occupazione totale degli Slot preordinati per Cronicità PDTA o per Controlli
- Maggiore quota di Orario di lavoro dedicato a prestazioni ambulatoriali per dipendenti e piena saturazione delle agende per i convenzionati.
- Acquisto di pacchetti aggiuntivi di prestazioni da erogatori pubblici e privati con azioni straordinarie di committenza.

Dalle analisi svolte sui dati rilevati sul sistema CUP regionale relativamente alle agende CUP informatizzate confrontate con le ore contrattualizzate si rileva una evidente difformità.

Azione: deve essere equiparabile l'orario di servizio contrattualizzato dello specialista ambulatoriale convenzionato e del dipendente che esegue attività ambulatoriale secondo l'organizzazione interna programmata, con la disponibilità oraria messa a disposizione sul sistema CUP regionale sotto forma di agende informatizzate.

#### **Report n° 2. Disponibilità oraria CUP (agende)**

Dalle analisi svolte sui dati rilevati dal sistema CUP regionale si riscontra un livello di occupazione parziale delle agende di prenotazione, siano esse agende pubbliche che riservate.

Azione: deve essere garantita l'occupazione dell'agenda informatizzata presente sul sistema CUP per almeno il **90%** della disponibilità oraria

#### **Report n° 3. Saturazione Agende.**

Dalle analisi svolte sui dati rilevati dal sistema CUP regionale si riscontra una disomogeneità dei tempi di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Azione: omogeneizzare la durata media prevista per l'erogazione di una medesima prestazione, in modo da standardizzare la qualità del servizio e ottimizzare l'offerta sanitaria,

#### **Report n° 4. Tempo medio durata prestazione.**

### **7.Scheda Azione 5)**

#### **7.1.Fase del processo: Chiusura del Ciclo o Evento (altre ottimizzazioni)**

- Chiusura evento online sia per Prima Visita che per Visite Programmate
- Ritiro Refertazione online su FSE (oppure su totem e farmacie)
- Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Miglioramento complessivo della Connettività e della interfacciabilità dei software CUP WEB con i LIS (Lab) e RIS PACS (rad).
- Interfacciabilità software prescrizione elettronica con prenotazioni CUP WEB.
- Monitoraggio Real Time Volumi/Attese cabina di regia ATS e Regionale

Attualmente il monitoraggio dei tempi d'attesa avviene nell'ambito del territorio di pertinenza della ex ASL, quindi dell'intera provincia. Inoltre la prima disponibilità offerta all'utente segue principalmente le indicazioni che lo stesso utente fornisce durante la fase di prenotazione. Non c'è alcuna discriminazione di tipologia di prestazione o di ambiti territoriali entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalla corrispondente classe di priorità (laddove indicata).

Azione: rilevazione Tempi d'attesa relativamente alle 43 prestazioni critiche in riferimento ai bacini territoriali di garanzia individuati.

#### **Report n° 5. Volume prestazioni e Tempi d'attesa, ex ante ed ex post, delle prestazioni per ambito di garanzia (Ambulatorio, Sede, Ambito di garanzia, Area, ATS, Regione Sardegna) con (indice di Performance espresso come numero di prestazioni di Categoria D1 con prenotazione entro i tempi soglia).**

Un efficiente sistema di monitoraggio non può prescindere dall'esistenza di un sistema che garantisca in tempo reale (Real Time) numero, luogo e tempistica della erogazione delle prestazioni prenotate, con analogo monitoraggio dei tempi d'attesa per ogni singola categoria di prestazioni e di priorità, calcolati sia in modo prospettico (ex ante) che retrospettivo (ex post), due modalità di monitoraggio che rappresentano quanto percepito dai cittadini la prima metodologia ed il tempo reale di erogazione la seconda.

Al fine di ridurre il fenomeno del "Drop Out" (mancata presentazione dei pz. all'appuntamento), fenomeno che conduce ad una perdita di efficienza che oscilla tra il 10 ed il 15 % una volta garantiti i tempi standard in almeno il 90% delle prestazioni D1, negli ambiti di garanzia, sarà possibile prevedere forme di penalizzazione per quei cittadini che non disdicano e non si presentino all'appuntamento.

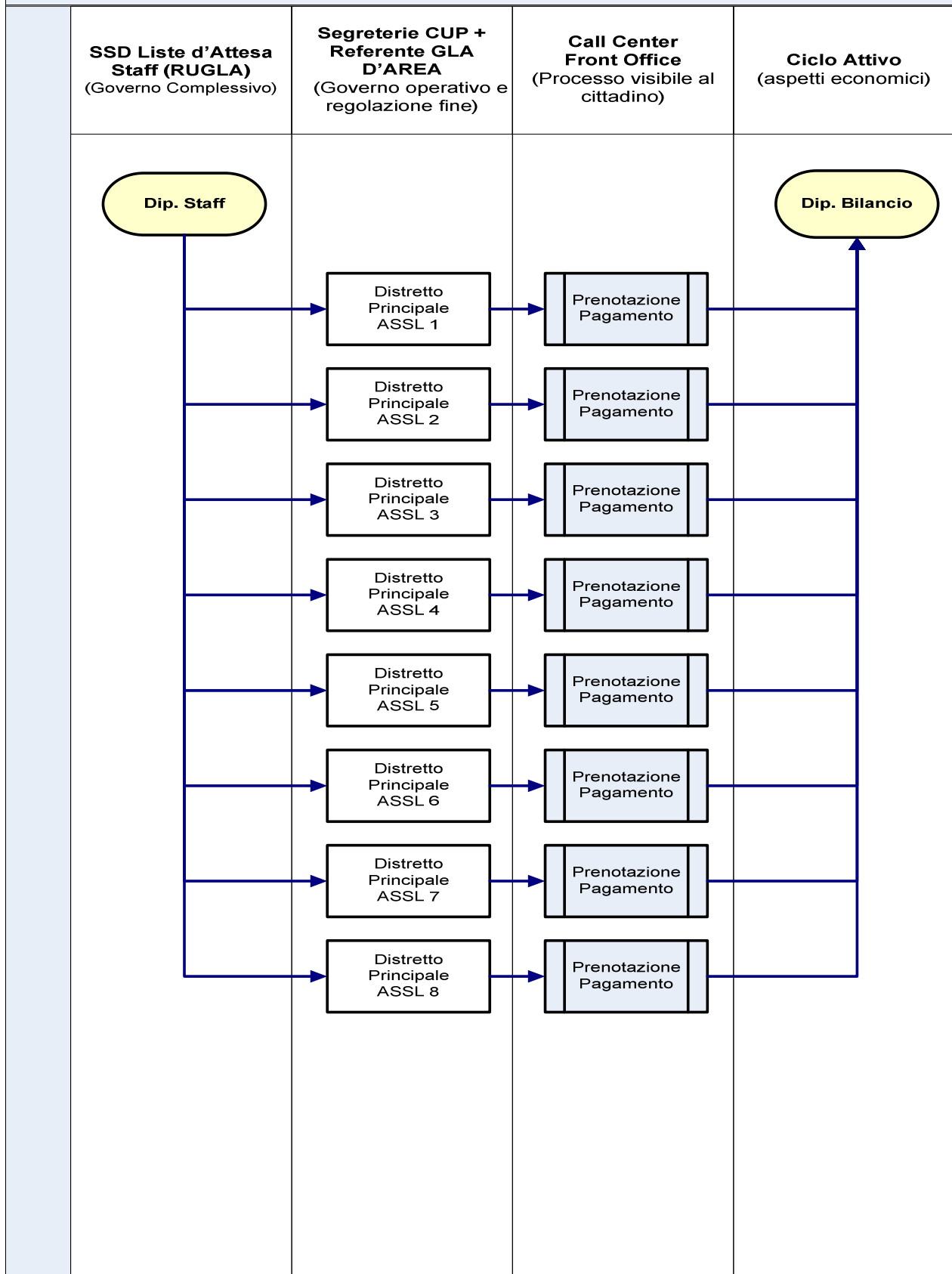
Appare inoltre indispensabile (come citato nella DGR 19/42 del 17.04.2018) prevedere la prenotabilità tramite Call Center 1533 anche da telefonia mobile e la definizione di algoritmi di prenotazione che prevedano "Alert" automatici in caso di prenotazioni multiple o ravvicinate per il medesimo Codice Fiscale.

**Sviluppo di strumenti che permettano le prenotazioni on line, il pagamento on line; utilizzazione della cartella ambulatoriale informatizzata. Prescrizione Elettronica ed APP, utilizzabili su Smartphone, per prenotazione, Recall e "Contact Point" con il cittadino.**

Un efficace governo delle prestazioni ambulatoriali, ha come presupposto la completa tracciabilità delle prestazioni dal momento della prescrizione che deve essere informatizzata, seguita dalla prenotazione che, nel caso delle prime visite, deve essere totalmente Pubblica, reperibile come offerta e tracciabile nel sistema CUP; il cittadino deve avere la possibilità di prenotare e pagare il ticket per le prestazioni online nonché di essere guidato, con specifiche APP, in tutte le fasi della erogazione della prestazione dal Recall automatico all'offerta di anticipazione delle prestazioni sino alla guida geolocalizzata verso il locale fisico di erogazione della prestazione.

Questo strumento si presterebbe ad una grande quantità di usi premetterebbe una di relazione attiva CUP-Paziente e potrebbe essere utilizzata per altre possibili evoluzioni del sistema.

## Governo Agende CUP





## **8.ALLEGATI ALLA PROCEDURA**

- **Scheda Azione 1)**
- **Scheda Azione 2)**
- **Scheda Azione 3)**
- **Scheda Azione 4)**
- **Scheda Azione 5)**
- **Processo per prima visita "nuovo evento"**
- **Processo per visita "Programmata" o visita all'interno di "PDTA"**
- **Azioni Prioritarie – Urgenti per il governo delle Liste d'Attesa**

## Scheda Azione 1)

### Fase Processo: Prescrizione

**1a) Attività formativa** per la prescrizione appropriata delle prestazioni a maggior impatto numerico o economico (ATS).

**Descrizione Sintetica:** Attivazione in tutte le aree di eventi formativi mirati sulle principali cause di prescrizione inappropriata, le azioni dovrebbero essere di diversi tipi:

4. Di base che tenda a diffondere i principi del "Choosing Wisely" e della "Slow Medicine";
5. Mirata su alcune prestazioni, ad alto impatto, prescritte in modo largamente inappropriato (RMN della colonna, Doppler Vasi Sovraortici, Endoscopia digestiva ed altre);
6. Definizione e diffusione dei RAO e loro corretta utilizzazione;

In questa azione sono coinvolti tutti i servizi di Staff: formazione, qualità ed appropriatezza, HTA e tutti i servizi legati alla comunicazione interna ed esterna.

### Matrice Responsabilità

1a) Attività formativa per la prescrizione appropriata delle prestazioni a maggior impatto numerico o economico (ATS).	Formazione	HTA	Qualità RM	Direzioni D'area	Distretti	Dir. Med. Pres. Osp.
Organizzazione materiale eventi formativi	R	c	c	c	c	c
Definizione Location (3 incontri Nord-Centro-Sud)	R			c	c	
Definizione I fase Giugno e II fase Settembre	R					
Scelta relatori ed interventi	c	c	R			
Coinvolgimento MMG PLS e Spec. Amb. Cont. Ass.	c			c	R	c
Coinvolgimento Medici Ospedalieri	c			c	c	R

### Cronoprogramma

ID	Nome attività	Inizio	Fine	giu 2018				lug 2018				ago 2018				set 2018			
1	Organizzazione materiale eventi formativi	04/06/2018	11/06/2018	[Gantt bar from 04/06 to 11/06]															
2	Scelta relatori ed interventi	12/06/2018	18/06/2018	[Gantt bar from 12/06 to 18/06]															
3	Definizione Location (3 incontri Nord-Centro-Sud)	04/06/2018	11/06/2018	[Gantt bar from 04/06 to 11/06]															
4	Coinvolgimento MMG PLS e Spec. Amb. Cont. Ass.	19/06/2018	25/06/2018	[Gantt bar from 19/06 to 25/06]															
5	Coinvolgimento Medici Ospedalieri	19/06/2018	25/06/2018	[Gantt bar from 19/06 to 25/06]															
6	Definizione I fase Giugno	26/06/2018	10/07/2018	[Gantt bar from 26/06 to 10/07]															
7	II fase Settembre	10/09/2018	10/10/2018	[Gantt bar from 10/09 to 10/10]															

**1b) Approvazione Raggruppamenti Attesa Omogenei (RAO)** e loro corretta utilizzazione da parte dei MMG PLS e dei prescrittori in generale con utilizzazione corretta dei codici: U-B-D-P con evidenza del quesito diagnostico.

**Descrizione Sintetica:** Si tratta di raccogliere omogeneizzare discutere ed implementare su base regionale i criteri di prenotabilità delle prestazioni (vedi Lombardia, Veneto, Toscana e RAO in uso ASSL Olbia, ASSL Sassari e ASSL Sanluri). Un gruppo di lavoro costituito ad hoc dovrà proporre entro 30 gg una bozza di Linee di indirizzo regionali almeno sulle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio. Incontri con le organizzazioni sindacali MMG e PLS e prescrittori in generale per l'implementazione del loro utilizzo, anche con previsione di premialità o riduzione di componenti variabili della retribuzione in base alla appropriatezza prescrittiva.

### Matrice Responsabilità

<b>1 b) Approvazione Raggruppamenti Attesa Omogenei (RAO) e loro corretta utilizzazione</b>	Direzione ATS	Q-RM	Risorse Umane	Segreterie CUP	Dipartimento ICT	Direzioni D'area	Distretti	Dir. Med. Pres. Osp.
Costituzione Gruppo di Lavoro RAO ATS	R			c	c	c	c	c
Analisi stato dell'arte		R			c	c	c	c
Proposta Linee di Indirizzo Regionali RAO in ATS	c	R	c	c	c	c	c	c
Proposta ARIS approvazione RAO	R							
Applicazione RAO Incontri organizzazioni sindacali	c	c	R	c		c	R	c

### Cronoprogramma

ID	Nome attività	Inizio	Fine	giu 2018			lug 2018			ago 2018			set 2018		
1	Costituzione Gruppo di Lavoro RAO	01/06/2018	08/06/2018	[Gantt bar from 01/06 to 08/06]											
2	Analisi stato dell'arte	11/06/2018	20/06/2018	[Gantt bar from 11/06 to 20/06]											
3	Proposta Linee di Indirizzo Regionali RAO	21/06/2018	27/06/2018	[Gantt bar from 21/06 to 27/06]											
4	Approvazione RAO ATS	19/07/2018	30/07/2018	[Gantt bar from 19/07 to 30/07]											
5	Incontri con organizzazioni sindacali e MMG e PLS	20/08/2018	20/09/2018	[Gantt bar from 20/08 to 20/09]											

**1c) Allargamento ai MMG e PLS della prescrizione elettronica** (aumenta la tracciabilità delle prescrizioni). Warning automatico prenotazioni multiple per CF e codice prestazione.

**Descrizione Sintetica:** Il compito di ATS è quello di promuovere l'adozione da parte soggetti coinvolti a livello regionale ARIS, Sardegna IT ed Engineering. (vedi azioni ICT).

## Scheda Operativa Azioni Governo Liste d'Attesa

### Scheda Azione 2)

#### Fase Processo: Prenotazione visita e/o esame diagnostico

**2a) Campagna informativa rivolta ai cittadini per il corretto uso del servizio**, dei codici di priorità e dell'importanza della disdetta di esami già eseguiti.

**Descrizione Sintetica:** Campagna informativa multimediale finalizzata a coinvolgere i cittadini e tutte le forme organizzate di rappresentanza dei pazienti al fine di migliorare la consapevolezza dei diritti e doveri dei cittadini ed la corretta utilizzazione del servizio.

#### Matrice Responsabilità

<b>2a) Campagna informativa rivolta ai cittadini per il corretto uso del servizio</b>	AA-GG Comunicazione	Segreterie CUP	Distretti	Dir. Med. Pres. Osp.
Preparazione campagna informativa	R	c	c	c
Coinvolgimento organizzazioni dei pazienti	R	c	c	c
Fase operativa con pubblicazioni	R	c	c	c
Fase operativa incontri	R	c	c	c

#### Cronoprogramma

ID	Nome attività	Inizio	Fine	giu 2018				lug 2018				ago 2018				set 2018			
1	Preparazione campagna informativa	01/06/2018	15/06/2018	[Gantt bar: 01/06 to 15/06]															
2	Coinvolgimento organizzazioni dei pazienti	18/06/2018	25/06/2018	[Gantt bar: 18/06 to 25/06]															
3	Fase operativa con pubblicazioni	26/06/2018	31/08/2018	[Gantt bar: 26/06 to 31/08]															
4	Fase operativa incontri	03/09/2018	28/09/2018	[Gantt bar: 03/09 to 28/09]															

**2b) Reale accessibilità alla prenotazione** con **potenziamento immediato** di tutti i sistemi di prenotazione: **Call Center 1533** (almeno 90 % risposte entro 1 min.)

**Descrizione Sintetica:** Definizione dello standard di risorse umane necessarie nei Call Center per garantire lo standard di risposta minimo desiderato (90% di risposte entro 1 min.

#### Matrice Responsabilità:

- Supervisione Direzione Amministrativa con Dipartimento Acquisti e collaborazione segreterie CUP.

#### Cronoprogramma:

- Azione immediata (max 7-15 gg)

## **2c) Definizione degli "Ambiti di Garanzia" di erogazione nei tempi Standard CSR**

*Descrizione Sintetica:* Definizione degli "**Ambiti di Garanzia**" di erogazione nei tempi Standard CSR (Conferenza Stato Regioni) del 90 % delle prestazioni B, D, entro i tempi stabiliti (priorità B entro 10 giorni, priorità D, entro 30gg visite-60 gg esami strumentali). Il target viene raggiunto se il 90% delle prenotazioni si colloca al di sotto del tempo massimo di attesa previsto per la priorità indicata.

### **Matrice Responsabilità**

- Il compito di ATS è quello di promuovere l'adozione degli ambiti da cui conseguono le regole del contratto con i cittadini.

### **Cronoprogramma**

- Proposta di Aree di Garanzia contenute nel presente documento; Approvazione ARIS entro 30 Giugno 2018.

## **2d) Diffusione di Sportelli CUP Ticket polivalenti e Totem pagamento Ticket**

*Descrizione Sintetica:* Diffusione attraverso Gara Regionale di sportelli ticket polivalenti (funzione eventualmente esternalizzabile).

### **Matrice Responsabilità**

- Dipartimento Acquisti
- ICT
- Segreterie CUP
- Programmazione Strategica

### **Cronoprogramma**

- Gara bandita entro il 30 Luglio 2018.

## Scheda Azione 3)

### Fase del processo: Gestione Prenotazioni

#### 3a) Creazione Task Force ATS per ridefinizione e pulizia delle agende CUP

- Pulizia delle Agende, riorganizzate per permettere che non meno il 50 % del potenziale erogativo sia utilizzato per Prime Visite con priorità D in Agende Pubbliche.
- 5-10% Urgenze (U), Brevi (B).
- Restante 20% parte per visite Programmabili (P) ed altri controlli x PDTA (P), rimodulati per singola prestazione. (prestazione programmata, la cui effettuazione in un arco di tempo maggiore non compromette né la prognosi né la possibilità di cura)
- Le agende Esclusive solo per prenotare prestazioni di 2° accesso (controlli)
- Totale dismissione delle Agende Cartacee (solo casi eccezionali).

**Descrizione Sintetica:** Immediata definizione di una task force che ridefinisca la composizione delle agende CUP e programmi i volumi di tempo/prestazioni per I visite e visite successive, con i responsabili delle segreterie CUP affiancati dai responsabili dei poliambulatori, delle case della salute e presidi ospedalieri, compresi quelli delle Aziende Ospedaliere.

#### Matrice Responsabilità

3a) Creazione Task Force ATS per ridefinizione e pulizia delle agende CUP	Task Force	Segreterie CUP	Distretti	Dir. Pres.	Med. Osp.
Analisi dati per proposta regolamentazione	R	c	c	c	
Regolamentazione Attività Segreterie (Linee Guida)	R	c	c	c	
Fase operativa incontri (T.F.-erogatori )	R	c	c	c	
Fase operativa ridefinizione e riprogrammazione agende	c	R	R	R	

#### Cronoprogramma

ID	Nome attività	Inizio	Fine	giu 2018			lug 2018			ago 2018			set 2018		
1	Analisi dati per proposta regolamentazione	01/06/2018	08/06/2018	[Gantt bar from 01/06 to 08/06]											
2	Regolamentazione Attività Segreterie (Linee Guida)	11/06/2018	20/06/2018	[Gantt bar from 11/06 to 20/06]											
3	Fase operativa incontri (T.F.-erogatori )	21/06/2018	29/06/2018	[Gantt bar from 21/06 to 29/06]											
4	Fase operativa ridefinizione e riprogrammazione agende	02/07/2018	28/09/2018	[Gantt bar from 02/07 to 28/09]											

#### Azione "Core" prioritaria

### 3b) Eliminazione progressiva della prenotazione a CUP delle visite per pazienti cronici (Presenza in Carico Cronicità)

**Descrizione Sintetica:** Individuazione per ogni area di Centrali o servizi d'Area o di servizi Distrettuali che prendano in carico i bisogni di prestazioni di Specialistica Ambulatoriale, quantificabili, prevedibili e programmabili delle principali patologie croniche. Almeno per il Diabete tipo I e II (la visita diabetologica è la prima che deve sparire dai CUP) lo Scompensato Cardiaco, la BPCO e tutta la diagnostica collegata alla diagnosi e follow up dei pazienti oncologici. Per queste quattro categorie di pz. vanno definiti:

6. Numero di pz da prendere in carico in ogni area;
7. Esami previsti nei PDTA per ogni Area sulla base di Linee Guida di rete regionali esami e volumi di attività dedicati;
8. Quantificazione complessiva (anche di stima) dei volumi di attività appropriati necessari;
9. Definizione dei professionisti e delle agende coinvolte;
10. Definizione di spazi dedicati con codice di prenotazione (P) nelle agende precedentemente individuate.

#### Matrice Responsabilità

3b) Eliminazione progressiva della prenotazione a CUP delle visite per pazienti cronici (Presenza in Carico Cronicità)	ATS	Segreterie CUP	Distretti e coordinatori d'Area PDTA	Direzioni d'Area
Creazione in ogni Area di centrale per la gestione delle prestazioni ambulatoriali (Piani Terapeutici) della Cronicità (Distretto maggiore) Atto = deliberazione ATS	R	c	c	c
Definizione volumi di prestazioni amb. Necessari per PDTA	c	c	R	c
Definizione agende con slot dedicati	c	R	c	c
Progressivo reclutamento pazienti	c	c	R	c

#### Cronoprogramma

ID	Nome attività	Inizio	Fine	giu 2018				lug 2018				ago 2018				set 2018			
1	Creazione Centrale Cronicità (Aree)	25/06/2018	30/07/2018	[Gantt bar from 25/06 to 30/07]															
2	Definizione volumi di prestazioni amb. Necessari per PDTA	31/07/2018	14/09/2018	[Gantt bar from 31/07 to 14/09]															
3	Definizione agende con slot dedicati	17/09/2018	25/09/2018	[Gantt bar from 17/09 to 25/09]															
4	Progressivo reclutamento pazienti	01/10/2018	31/12/2018	[Gantt bar from 01/10 to 31/12]															

## Scheda Azione 4)

### Fase del processo: Erogazione delle Prestazioni

**4a) Aumento di volume prestazioni critiche in tutte le Area (tra le 43 oggetto di monitoraggio) sino al raggiungimento di tempi di prenotazione vicini allo standard.**

**4b) Maggiore quota di Orario di lavoro dedicato a prestazioni ambulatoriali per dipendenti e piena saturazione delle agende per i convenzionati.**

**4c) Acquisto di pacchetti aggiuntivi di prestazioni da erogatori pubblici e privati con azioni straordinarie di committenza.**

**Descrizione Sintetica:** Aumento delle prestazioni di Diagnostica Pesante ATS (TC e RMN) funzionanti h 16 almeno 6 giorni su sette e se necessario 24/7 ed aumento delle prestazioni di Cardiologia ed Endoscopia Digestiva del 25%.

### Matrice Responsabilità

- Negoziazione Direzione Aziendale e Staff con Direttori d'Area e servizi coinvolti.

### Cronoprogramma

4a) Negoziazione entro 30 Giugno, effetti a regime entro 30 gg dalla negoziazione.

4b) Negoziazione entro 30 Giugno, effetti a regime entro 30 gg dalla negoziazione.

4c) Negoziazione entro 30 Giugno, effetti a regime entro 30 gg dalla negoziazione.



## **Azione 5)**

### **Fase del processo: Chiusura del Ciclo o Evento (altre ottimizzazioni)**

#### **5a) Azioni di ridefinizione dei meccanismi di chiusura dell'evento visita ambulatoriale, miglioramento dei processi Informativi.**

- Chiusura evento online sia per Prima Visita che per Visite Programmate
- Ritiro Refertazione online su FSE (oppure su totem e farmacie)
- Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Miglioramento complessivo della Connettività e della interfacciabilità dei software CUP WEB con i LIS (Lab) e RIS PACS (rad).
- Interfacciabilità software prescrizione elettronica con prenotazioni CUP WEB.

#### **Matrice Responsabilità**

- Sistemi ICT ATS-AOU-AOB
- Sardegna IT
- Engineering
- Assessorato Sanità

#### **Cronoprogramma:**

- 90 giorni con relazione ICT ATS su progressi in particolare su interfacciabilità bidirezionale CUP WEB – LIS-RIS.

#### **5b) Definizione di regole di monitoraggio Real Time Volumi/Attese cabina di regia ATS e Regionale.**

#### **Matrice Responsabilità:**

- Direzione ATS
- Staff ATS
- Sardegna IT
- Engineering
- Assessorato Sanità

#### **Cronoprogramma:**

- 30 gg definizione nuove regole di monitoraggio
- 60 giorni implementazione operativa con relazione Sardegna IT ed Engineering

### **5c) Creazione di una APP per Smartphone (Android, IOS) che permetta una relazione attiva sistema CUP-Cittadino**

Il cittadino deve avere la possibilità di prenotare e pagare il ticket per le prestazioni online nonché di essere guidato, con specifiche APP, in tutte le fasi della erogazione della prestazione dal Recall automatico all'offerta di anticipazione delle prestazioni sino alla guida geolocalizzata verso il locale fisico di erogazione della prestazione.

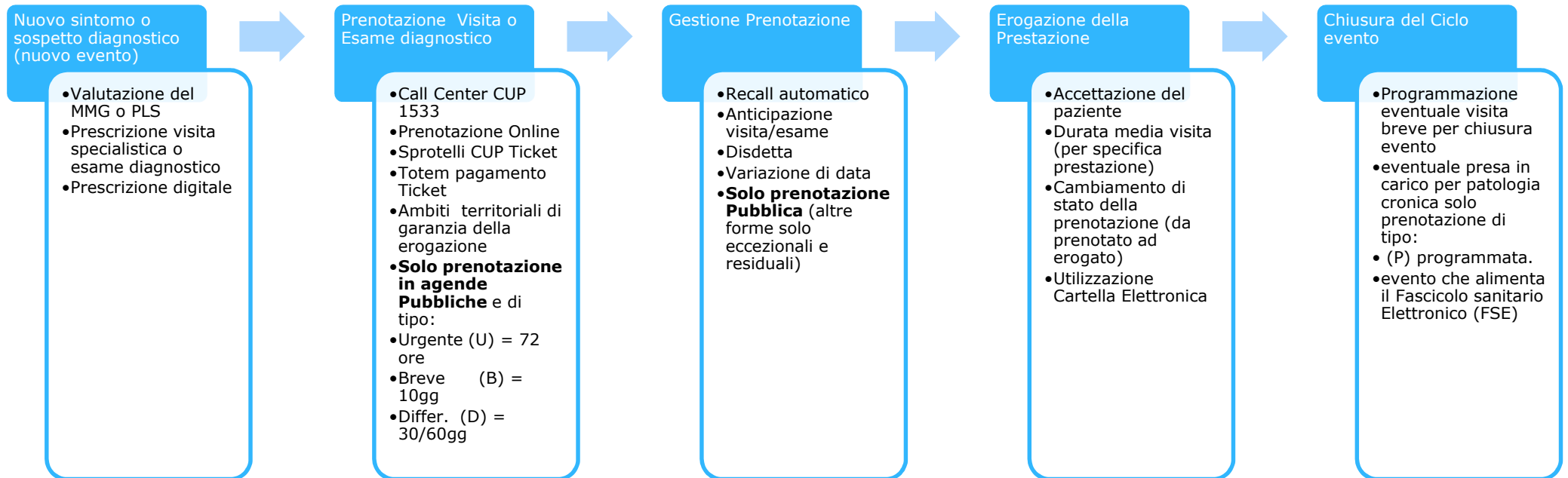
#### **Matrice Responsabilità**

- ATS (proposta progetto ad Aris)
- Aris commessa a Sardegna It
- Sardegna It studio e realizzazione progetto.

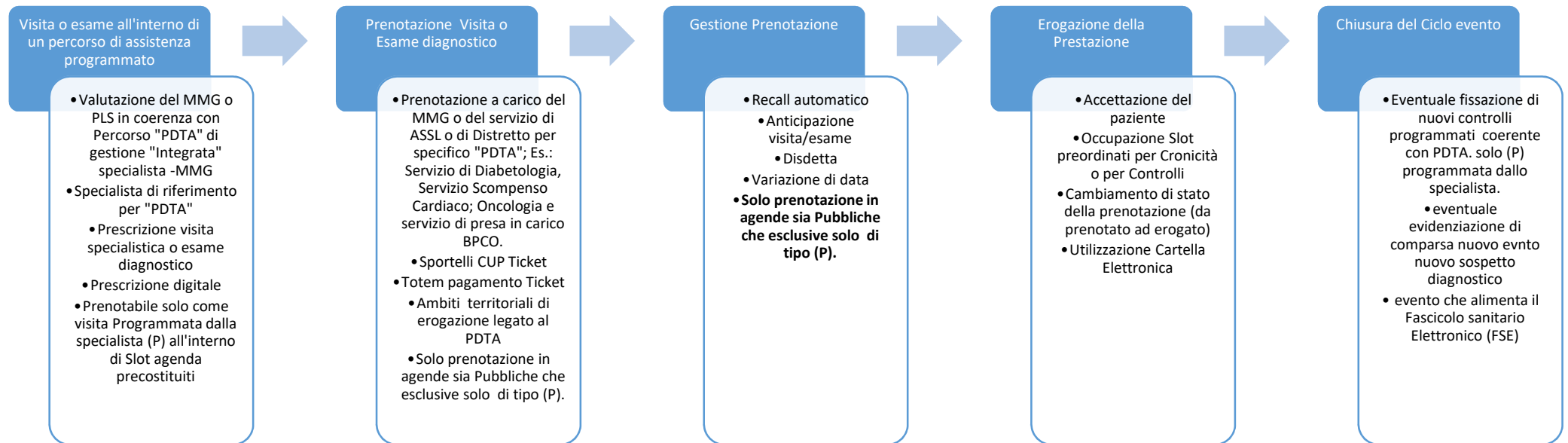
#### **Cronoprogramma**

- 120 gg per realizzazione, con relazione a 30 gg su progetto e 90 su stato di avanzamento.

## Processo per prima visita "nuovo evento"



## Processo per visita "Programmata" o visita all'interno di "PDTA"



## Azioni Prioritarie – Urgenti per il governo delle Liste d’Attesa

