



Regione Abruzzo
A.S.L. 1 -Avezzano - Sulmona - L'Aquila

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE ANNO 2026

1. Introduzione

L'attività svolta in materia di Governo delle Liste di Attesa rappresenta un'area strategica di azione della ASL, anche in virtù della considerevole influenza di questo ambito assistenziale sulla percezione del cittadino rispetto alla qualità del Servizio Sanitario locale.

Ad oggi, infatti, risulta essere una delle più importanti criticità nell'ambito della Sanità Pubblica per le rilevanti conseguenze sul piano clinico, economico e sociale; la ricerca di soluzioni per mitigare le diverse criticità in essere dovrà prevedere, necessariamente, un articolato e complesso **sistema di azioni** la cui realizzazione potrà avvenire con gradualità e contemplare un'attenta attività di monitoraggio, al fine di cogliere tempestivamente i segnali utili per una eventuale e pronta rimodulazione delle azioni.

Il presente Piano Attuativo Aziendale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni, sia specialistiche ambulatoriali che di ricovero programmato, in continuità con il precedente di cui alla deliberazione n. 1377 del 6 agosto 2019, sarà quindi articolato in una serie di iniziative e di linee di azione come di seguito descritte:

- Analisi della domanda
- Programma di allineamento dell'offerta alla domanda
- Appropriatezza prescrittiva e di percorso
- Monitoraggio del piano attuativo
- Piano di comunicazione

In premessa, si riporta anche il dettaglio dei volumi delle prestazioni analizzati, per l'anno 2022, da Age.na.s. per la regione Abruzzo:

CLASSIFICAZIONE FA-RE	RESIDENTI		MOBILITÀ ATTIVA		NON NOTO		TOTALE	
	Volume	%	Volume	%	Volume	Volume	%	
DIAGNOSTICA	1.561.530	7,95	63.497	10,18	2.385	1.627.412	8,02%	
LABORATORIO	14.556.826	74,13	428.606	68,74	21.059	15.006.491	73,96%	
RIABILITAZIONE	803.515	4,09	15.102	2,42	862	819.479	4,04%	
TERAPEUTICHE	1.114.429	5,67	46.637	7,48	486	1.161.552	5,72%	
VISITE	1.592.575	8,11	69.160	11,09	3.644	1.665.379	8,21%	
PAC	5.864	0,03	471	0,08	9	6.344	0,03%	
NON NOTA	3.365	0,02	31	0,00	0	3.396	0,02%	
TOTALE	19.638.104		623.504		28.445	20.290.053		

Il documento Age.n.as. concludeva che:

1. la produzione della regione è per lo più erogata in favore di **pazienti residenti**, per i quali si evidenzia un trend 2019-2022 in decrescita per le VISITE e per la DIAGNOSTICA, a fronte di un trend in crescita della classe TERAPEUTICHE.
2. il tasso per mille abitanti del fabbisogno storico per la DIAGNOSTICA mostra valori più bassi per la ASL 201 rispetto alle altre ASL regionali
3. l'analisi del fabbisogno storico distinto per ASL di residenza dei pazienti evidenzia che nel territorio della ASL 201 circa l'80% del fabbisogno viene soddisfatto all'interno della stessa ASL (**70% da strutture pubbliche e 10% dalle strutture private accreditate**) mentre il ricorso dei pazienti a strutture di altre **ASL regionali** è pari al **5%** e a strutture di altre regioni è pari al **15%**.
4. Il fabbisogno teorico (domanda potenziale) risulta superiore allo storico (domanda effettiva) per la ASL 201; lo scostamento può essere in parte condizionato dalla quota di prestazioni erogate in mobilità passiva.

2. ANALISI DELLA DOMANDA

Riguardo la valutazione della domanda effettiva di prestazioni (appropriate e inappropriate), non avendo fonti interne in grado di fornire i dati relativi se non attraverso quelli di erogazione, abbiamo valutato i dati relativi all'anno 2024 attraverso:

- ❖ Classificazione FA-RE delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (I livello: Visite, Riabilitazione, Diagnostica, Laboratorio, Terapia);
- ❖ Dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate, sia ai residenti che ai pazienti provenienti da altre regioni (**produzione per residenti e mobilità attiva**), e dati di prestazioni erogate ai residenti in altre regioni (**mobilità passiva**)

Quindi, al fine di procedere al calcolo del fabbisogno teorico per l'area della specialistica ambulatoriale, possiamo partire dall'analisi dell'offerta tenendo successivamente conto dei dati di mobilità passiva, delle prestazioni richieste ed in attesa di erogazione (prestazioni in lista di attesa ma fuori i tempi limite di erogazione).

Dai dati di produzione elaborati dalla UOSD Flussi Informativi e Statistica Sanitaria (fonte dati file C), i valori, per l'anno 2024 e per la ASL 201, sono riportati nella tabella sottostante in cui sono indicati i volumi resi sia dalle Strutture Pubbliche che Private accreditate, per i residenti ed in mobilità attiva.

PRESTAZIONI EROGATE Asl 201 anno 2024 (Strutture pubbliche e private)				
Classificazione FA-RE	Mobilità attiva pubblico	residenti pubblico	mobilità attiva privato	residenti privato
DIAGNOSTICA	58.136	346.960	6.084	60.201
LABORATORIO	264.446	3.132.893	91.096	276.187
RIABILITAZIONE	7.172	135.825	5.056	104.510
TERAPEUTICHE	36.025	234.370	130	1.019
VISITE	63.801	432.064	1.509	15.040
PAC-SDAC	7.678	10.770	1.869	2.786
NON NOTO	83.500	99.637	24.361	78.524
TOTALE	520.758	4.392.519	130.105	538.267

Le prestazioni erogate dalle Strutture private accreditate incidono per il 13.6%

Si rende necessario considerare anche quella parte di domanda espressa dai residenti ma non soddisfatta dall'offerta sanitaria aziendale (**mobilità passiva** extra-regione ed extra-ASL); nella tabella che segue si rappresentano i dati di mobilità passiva relativi all'anno 2024 e prenderemo in considerazione solo le voci che interessano l'ambito delle prestazioni specialistiche ambulatoriali: Diagnistica= 51.548 + Visite=51.459, per un totale complessivo di circa 53.000 prestazioni garantite al di fuori della ASL

PRESTAZIONI Asl 201 anno 2024 (Mobilità Attiva e Passiva)			
Classificazione FA-RE	Mobilità attiva	Mobilità passiva extra	Mobilità passiva intra
DIAGNOSTICA	64.220	32.337	19.211
LABORATORIO	355.542	214.943	172.408
RIABILITAZIONE	12.228	11.267	3.481
TERAPEUTICHE	36.155	22.827	20.689
VISITE	65.310	27.255	24.204
PAC-SDAC	9.547	0	552
NON NOTO	107.861	23.425	1.270
TOTALE	650.863	332.054	241.815

Relativamente al terzo elemento che condiziona la domanda, ossia le **prestazioni ancora in lista** ma con tempi di erogazione che superano quelli previsti, il limite importante di questa analisi è che si basa sui dati del monitoraggio delle sole prestazioni traccianti di primo accesso. Analizzando le prestazioni a maggiore criticità in termini di tempi di erogazione e disponibilità (si tratta per lo più di prestazioni di diagnostica strumentale), che al 01/01/2025 risultavano non soddisfatte per superamento dei tempi di attesa, ne risulta un esubero di prestazioni comunque da soddisfare, ad oggi, pari a circa 5.500 prestazioni.

Occorre considerare anche l'impatto della **mobilità attiva** intra- ed extraregionale, che comporta una perdita di posti a disposizione dei residenti pari a circa 130.000 prestazioni di diagnostica e di visita specialistica

L'analisi della domanda di prestazioni è quindi valutata rispetto a queste quattro determinanti:

1. prestazioni erogate nel corso del 2024,
2. mobilità passiva
3. mobilità attiva
4. liste di attesa di alcune prestazioni maggiormente critiche.

In tale valutazione, di ordine approssimativo non sono state considerate: la c.d. “mobilità passiva apparente”, le prestazioni di “Laboratorio- Riabilitazione- Terapeutiche e DayService” e le prestazioni di specialistica ambulatoriale non traccianti e non soddisfatte nei tempi prefissati.

Il risultato finale conduce ad uno capacità di offerta pari a circa 990.000 prestazioni di specialistica ambulatoriale a cui bisogna aggiungere circa 100.000 prestazioni di residenti che trovano soddisfatta la loro domanda presso strutture sanitarie extra ASL a cui aggiungere le prestazioni che non trovano garanzia nel tempo di attesa .

3. PROGRAMMA DI PROGRESSIVO ALLINEAMENTO DELLA OFFERTA ALLA DOMANDA.

1. Il primo obiettivo fondamentale da raggiungere, con la finalità di soddisfare la domanda in maniera completa ed equa su tutto il territorio aziendale, è la piena **condivisione delle agende di prenotazione delle Strutture private accreditate nel sistema CUP aziendale, attraverso la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con il competente CUP territoriale**. Rispetto al rapporto con le Strutture private accreditate con accordo di fornitura, si procederà ad avviare un confronto per la valutazione di proposte di potenziamento da rendere operative a seguito dell'approvazione dell'accordo regionale sul budget disponibile per l'attività. Si procederà inoltre all'elaborazione di uno specifico report che incroci i dati della produzione da flusso C e i dati delle prenotazioni da CUP per avere la conferma della coerenza dei posti disponibili a CUP con quelli programmati nella committenza;

2. azioni di efficientamento delle agende:

L'efficientamento delle agende avviene attraverso:

- a) **il monitoraggio continuo delle agende:** attraverso tale azione si adegua costantemente l'offerta alla domanda rimodulando gli slot per classe di priorità per le prestazioni di primo accesso. Per le agende di secondo livello si dovrà monitorare il tasso di saturazione delle stesse al fine di adeguare/rimodulare l'offerta tra primo accesso e successivi;
- b) **attivazione da parte del CUP di un sistema di disdetta delle prenotazioni**, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto;
- c) **sistema di “riuso” degli slot liberi**: un sistema automatico che permette di utilizzare gli slot rimasti liberi o tornati liberi a seguito di disdetta nelle 48 ore precedenti.

3. appropriatezza prescrittiva e appropriatezza di percorso.

L'insufficienza dell'offerta può naturalmente dipendere anche da un eccesso di domanda dovuta a prescrizioni inappropriate sia dal punto di vista clinico che organizzativo. Diventa fondamentale la verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso:

- l'utilizzo delle classi di priorità;
- la presenza e l'accuratezza del quesito diagnostico;
- la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli;
- la verifica della congruità, attraverso audit tra Medici prescrittori ed erogatori.

A tal fine, saranno attivate delle **Commissioni per l'appropriatezza prescrittiva a livello distrettuale**.

Rispetto alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva, un monitoraggio sui quesiti inseriti quale motivazione della classe di priorità individuata e l'introduzione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), definiti dal Piano Nazionale, consentiranno una valutazione di tale aspetto; pertanto, si procederà, tramite la Commissione sopracitata, al monitoraggio del percorso di diffusione e di applicazione dei RAO e alla promozione di azioni volte a promuovere la medicina basata sull'evidenza. Si procederà, inoltre al **ripristino delle schede di concordanza** con valutazione della appropriatezza e completezza della prescrizione e circolazione delle informazioni da parte della UOSD Governo Clinico.

4. Allineamento dei tempi di esecuzione delle stesse prestazioni tra strutture erogatrici aziendali, in attesa che si concretizzi, a livello regionale, il Tempario Unico a cui ogni erogatore pubblico e privato accreditato dovrà adeguarsi;

5. Riguardo le prestazioni di screening, la riconduzione delle prestazioni in classe P, nell'ambito dei percorsi di screening, rappresenta un'azione prioritaria anche al fine di non determinare delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni (ri-orientamento delle prestazioni erogabili ex Legge 388/2000 all'interno dei programmi di screening).

Tenuto conto che risulta imprescindibile garantire l'**appropriatezza nei percorsi assistenziali**, è fondamentale limitare l'appesantimento delle liste di attesa per prestazioni specialistiche richieste per soggetti asintomatici in fascia d'età idonea per la partecipazione ai programmi di screening oncologici,

Le prestazioni diagnostiche di primo livello fruite al di fuori delle fasce di età e delle periodicità previste dal programma di screening regionale (mammografia, Pap-test, sangue occulto nelle feci), potranno essere erogate a carico del SSR in soggetti che rientrano nell'ambito applicativo della L. 388/2000:

- donne di età compresa tra i 45 ed i 49 anni potranno effettuare ogni 2 anni una mammografia di prevenzione in regime di esenzione ticket (codice di esenzione- D03);
- residenti di entrambi i sessi tra i 45 e i 49 anni e soggetti di età > a 70 anni potranno effettuare la colonoscopia ogni 5 anni in regime di esenzione dal ticket (codice di esenzione - D04).

Oltre alla dimensione dell'appropriatezza clinica si deve quindi procedere anche ad una verifica di appropriatezza dei percorsi, in particolare tramite una verifica dei consumi di prestazioni ambulatoriali di prevenzione secondaria o di prestazioni erogate prima di un ricovero ospedaliero programmato o nelle settimane successive ad una dimissione ospedaliera.

4 MONITORAGGIO

Il monitoraggio sarà sviluppato nell'ambito del Collegio di Direzione al fine di condividere i dati disponibili e rendicontare le azioni correttive poste in essere; naturalmente l'analisi effettuata del rapporto domanda/offerta è dinamica e verrà aggiornata mensilmente in modo da rendere maggiormente solida la lettura della domanda e la stima del fabbisogno.

Si dovrà inoltre adeguare l'area del sito web aziendale in materia di liste di attesa al fine di rendere disponibili i dati di analisi e lo stato di avanzamento delle azioni correttive poste in essere.

Particolarmente rilevante è poi la messa a disposizione di una guida per l'accesso alle prestazioni, utile sia agli operatori di sportello e del call-center che agli utenti; si è infatti rilevata la necessità di garantire un flusso aggiornato e omogeneo di informazioni. Da segnalare poi la necessità di mantenimento dell'attività di controllo sull'accessibilità delle agende, in modo da evitare l'introduzione di vincoli che ne riducano la visibilità per gli utenti.

Infine, si avvierà un monitoraggio delle prestazioni in classe Urgente-U, procedendo alla attivazione sistematica delle indicazioni di cui alla DGR 351/2025 e alla verifica che" le *prescrizioni di primo accesso, recanti classe di priorità Urgente, dovranno essere gestite mediante processo di presa in carico da parte delle UU.OO. attraverso accesso diretto in overbooking alla prestazione medesima, entro e non oltre 72 ore dal contatto con il CUP*";

5 PIANO DI COMUNICAZIONE

Il piano di comunicazione coinvolgerà tutte le strutture aziendali deputate alla informazione, formazione, relazioni con il pubblico, relazioni sindacali, informatiche, rapporti con i medici prescrittori ed erogatori.

5.1 Informazione ai cittadini

Il presente piano prevede una particolare attenzione nel fornire al cittadino le informazioni necessarie per la fruizione consapevole dei servizi offerti e l'affermazione dei propri diritti. I cittadini devono essere consapevoli delle opportunità e dei servizi di cura ed al tempo stesso responsabili delle modalità di utilizzo.

Al fine di porre in essere un percorso partecipativo, l'Azienda aggiornerà il sito web in cui è presente uno spazio dedicato alle liste di attesa ove saranno pubblicati i provvedimenti aziendali relativi alle liste di attesa nonché i percorsi clinico-organizzativi deliberati per la gestione del percorso di cura del paziente cronico.

5.2 Formazione e confronto con i medici prescrittori

L'azienda si assumerà l'onere di continuare a svolgere specifici programmi di formazione e confronto dei medici prescrittori sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e dei percorsi clinico-organizzativi aziendali.

Saranno, inoltre, istituiti gruppi distrettuali, nell'ambito delle Cure Primarie, per l'analisi dei report sull'appropriatezza prescrittiva e di percorso con la condivisione "tra pari" dei criteri utilizzati e individuazione di possibili interventi correttivi.