

**- draft -**  
**attuativo**

**Azienda Sanitaria  
Locale di Matera  
annualità 2025**

**Piano Aziendale per il  
Governo Liste di Attesa  
Sezione specialistica ambulatoriale**

*Deliberazione della Giunta della Regione  
Basilicata n. 152 del 28 marzo 2025*

*(ex art. 2 c. 5 del D.L. n.73/2024 coordinato con la Legge di conversione n. 107 del 29 Luglio 2024, del PNGLA 2019- 2021 e della bozza del PNGLA 2025-2027 ( Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 e i relativi allegati A, B, D, E, F, G, H, I, L.; Intesa, ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del decreto - legge 7 giugno 2024, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n.107, sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025- 2027 e il relativo allegato C)*

1. organizzazione dell'offerta nei casi in cui i tempi previsti dal PNGLA non possono essere rispettati:
  - A. azioni di efficientamento delle agende;
  - B. definizione e adozione dell'ambito di garanzia;
  - C. potenziamento offerta di visite e prestazioni con:
    1. risorse interne;
    2. risorse aggiuntive attraverso gli istituti contrattuali previsti;
  - D. programmazione attività con le strutture private accreditate;
  - E. piano di sviluppo della telemedicina in tutte le sue declinazioni;
  - F. ottimizzazione dell'utilizzo delle grandi attrezzature;
  - G. strategie di governo della libera professione;
  - H. organizzazione delle aperture straordinarie delle attività ambulatoriali nei giorni di sabato e domenica.
2. separazione dei canali e dei flussi di accesso:
  - A. descrizione e sviluppo dei modelli di presa in carico nei vari contesti aziendali (esistenti e/o da attivare);
  - B. definizione dell'architettura dei profili di accesso al CUP per gli operatori e dei relativi ambiti di autonomia;
3. gestione della domanda:
  - A. analisi dei bisogni espressi, anche attraverso l'utilizzo dei cruscotti messi a disposizione dalla Regione;
4. piano delle azioni sull'appropriatezza prescrittiva
  1. attività con i prescrittori territoriali
    - A. audit e feedback con i prescrittori;
    - B. formazione residenziale;
    - C. c) fad (formazione a distanza);
    - D. d) contrattazione, ecc.
  2. attività trasversali
    - A. tavoli tecnici prescrittori ed erogatori;
    - B. tavoli tecnici interaziendali;
    - C. coinvolgimento del privato accreditato e contrattualizzato;
    - D. analisi sistematiche di appropriatezza, ecc.
5. trasparenza e comunicazione
  - A. struttura del sito web aziendale.

In attuazione della Deliberazione della Giunta Regionale della Basilicata n. 152 del 28 marzo 2025, il presente Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa viene adottato dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera quale documento tecnico-programmatico finalizzato alla pianificazione, attuazione e monitoraggio delle azioni necessarie a garantire l'accessibilità, la tempestività e l'equità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e diagnostiche.

Il Piano recepisce integralmente i contenuti del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2025–2027, approvato in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome con Intesa del 25 gennaio 2024, e si conforma al quadro normativo vigente, con particolare riferimento alla Legge 31 luglio 2024, n. 107, di conversione del Decreto-Legge 4 luglio 2024, n. 73, recante misure urgenti in materia di liste di attesa e accesso alle prestazioni sanitarie.

Il documento si configura quale strumento attuativo del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), secondo la struttura organizzativa prevista dall'Allegato 2 della DGR n. 152/2025 ed in materia di standard prescrittivi contenuti nell'Allegato A, con riferimento a prestazioni oggetto di monitoraggio, ai sensi dell'Allegato 1 della DGR n. 152/2025, modelli di presa in carico, definizione degli ambiti territoriali di garanzia, strategie di governo della domanda, strumenti di valutazione dell'appropriatezza e criteri di riparto dei flussi.

Finalità primaria risulta la progressiva convergenza dei tempi di erogazione delle prestazioni ai valori soglia definiti dal PNGLA, ergo Urgente entro 72 ore, Breve entro 10 giorni, Differibile entro 30 giorni per la specialistica e 60 per accertamenti diagnostico-strumentali, Programmabile entro 120 giorni. La gestione dei tempi di attesa, in quanto componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza —D.P.C.M. 29 novembre 2001 e 12 gennaio 2017, viene assunta a parametro di accountability istituzionale e responsabilità gestionale, in coerenza con l'articolo 1, comma 4, lettera c), del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

Il Piano *de quo* definisce azioni operative e indirizzi gestionali integrati, con riferimento al governo clinico, alla riorganizzazione dei processi produttivi, alla programmazione dell'offerta, all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili, al rafforzamento dei presidi territoriali e al consolidamento delle modalità di accesso anche mediante strumenti digitali e telematici. Le attività vengono monitorate attraverso i sistemi informativi regionali e aziendali (CUP, DWH, GBI), secondo logiche di analisi predittiva, benchmarking intra-aziendale e controllo di coerenza con gli obiettivi regionali.

Il territorio di competenza dell'ASM coincide con la provincia di Matera, articolata in 31 comuni su una superficie di 3.450 km<sup>2</sup>, con un indice di densità demografica di 57 abitanti per km<sup>2</sup>. Le caratteristiche geo-morfologiche del territorio, a prevalente orografia collinare e montana, associate alla presenza di aree interne e ultra-periferiche, determinano condizioni strutturali di disomogeneità nell'accesso e impongono un modello organizzativo fondato su prossimità, capillarità e flessibilità operativa.

La dinamica demografica risulta regressiva, con saldo naturale negativo, calo della natalità, incremento dell'indice di vecchiaia > 200, e progressiva espansione della componente di popolazione anziana e non autosufficiente. L'incidenza delle patologie cronico-degenerative, la fragilità sociale e la ridotta mobilità attiva della popolazione costituiscono elementi strutturali del fabbisogno, orientando l'Azienda verso modelli di presa in carico precoce, continuità assistenziale e riconversione produttiva del sistema.

L'assetto dell'offerta risulta articolato in una rete ospedaliera che comprende il Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" di Matera — DEA I livello, il Presidio Ospedaliero di Policoro — PSA, e tre Presidi Ospedalieri Distrettuali (Tricarico, Tinchi, Stigliano) con prevalente vocazione riabilitativa e residenziale. Il sistema territoriale comprende 21 sedi distrettuali comunali, 5 poliambulatori ospedalieri, 2 Centri di Salute Mentale, 2 Ser.D., una rete in evoluzione di assistenza domiciliare ed un piano di riconfigurazione distrettuale in coerenza con il D.M. 77/2022 ed il PORT Basilicata. In applicazione delle direttive regionali, il modello distrettuale è stato ridefinito in due ambiti territoriali funzionali — Materano e Metapontino, con il riallineamento dell'organizzazione intermedia.

Pertanto, il Piano Attuativo Aziendale - Sezione Specialistica Ambulatoriale per l'annualità 2025 assume la funzione di strumento tecnico di *governance*, orientato alla responsabilizzazione delle articolazioni aziendali e dalla progressiva costruzione di un sistema dinamico, trasparente, interoperabile, capace di assicurare l'esigibilità del diritto alle cure in condizioni di parità, appropriatezza e tempestività, valorizzando le risorse interne in accordo all'estensione oraria dei servizi, all'attivazione degli istituti contrattuali previsti dalla

normativa vigente, al coinvolgimento del privato accreditato in forma programmata ed integrata ed all'implementazione di soluzioni digitali per la continuità delle cure.



## **1. Organizzazione dell'offerta nei casi in cui i tempi previsti dal PNGLA non possono essere rispettati**

La garanzia dell'erogazione delle prestazioni sanitarie entro i tempi di garanzia stabiliti dal PNGLA 2025–2027, recepiti dalla Regione Basilicata con DGR n. 152/2025, rappresenta un obbligo istituzionale per tutte le Aziende Sanitarie, in quanto componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza — LEA ed indicatore della capacità di governo del sistema. In tale prospettiva, l'ASM Matera ha definito un articolato dispositivo operativo per la gestione del superamento dei tempi standard, fondante in merito all'integrazione funzionale tra modelli organizzativi, strumenti contrattuali, risorse infrastrutturali, piattaforme informative e criteri di prioritarizzazione clinica.

Il sistema di intervento risulta finalizzato a ridurre sistematicamente i fattori che generano inappropriatelyzza, con particolare riferimento alla inefficiente configurazione delle agende di prenotazione, alla sotto-utilizzazione di risorse interne disponibili, alla disomogeneità nella distribuzione dei volumi erogabili tra le articolazioni territoriali, alla limitata flessibilità dell'offerta nei giorni prefestivi e festivi e alla carente separazione dei canali istituzionali e libero-professionali.

Ogni situazione in cui la prestazione risulta non prenotabile entro i limiti temporali fissati per la relativa classe di priorità attiva automaticamente, in esito alle attività di implementazione la procedura di compensazione assistenziale che prevede l'attivazione del Percorso di Tutela con il rispetto dei tempi di garanzia, l'individuazione della prima sede utile disponibile e, ove previsto, il ricorso a sedute straordinarie ed in esito a *follow-up* periodici, l'attivazione del micro-servizio di televisita.

Tale modello si sviluppa attraverso un insieme coerente di sottosistemi organizzativi, ciascuno dei quali concorre al recupero della capacità erogativa ed alla redistribuzione della pressione assistenziale su scala distrettuale, aziendale e regionale. Gli ambiti di intervento prioritari individuati dal presente Piano riguardano il riassetto delle agende, l'adozione degli ambiti territoriali di garanzia, il potenziamento dell'attività istituzionale mediante valorizzazione del capitale professionale interno ed attivazione degli strumenti contrattuali, la collaborazione programmata con strutture sanitarie private accreditate a contratto, la piena integrazione dei micro-servizi di telemedicina in *real world*, l'ottimizzazione delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini, la regolazione dell'attività libero-professionale intramuraria - ALPI in rapporto agli obiettivi di produzione istituzionale e l'adozione sistematica delle aperture straordinarie nei giorni prefestivi e festivi.

È di particolare rilevanza quanto evidenziato dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (*OECD Health Policy Studies Waiting Times for Health Services Next in Line, 2020*), secondo cui non è sufficiente un mero incremento dell'offerta. È necessaria, invece, una gestione olistica ed integrata dell'assistenza specialistica territoriale, mediante interventi e politiche che operino sia sul versante della domanda sia sulla riorganizzazione e l'efficientamento del processo complessivo. Tale approccio deve coinvolgere tutti gli attori in gioco: i cittadini, in qualità di utenti e caregiver; i prescrittori; gli enti e i professionisti erogatori dei servizi; gli enti e i professionisti che organizzano il processo; e le istituzioni che lo regolamentano.

La governance dell'offerta passa inevitabilmente per il recupero dell'efficienza, che deve essere perseguita in tutte le fasi del processo, come delineato di seguito:

1. Efficienza allocativa: miglioramento dei sistemi di prenotazione e organizzazione delle agende secondo principi di flessibilità e trasparenza, centrando il focus sul cittadino piuttosto che sul singolo erogatore. Questo consente una visione organica dell'intera offerta disponibile a livello regionale attraverso tutti i canali di prenotazione.
2. Efficienza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni: implementazione di interventi volti a favorire una distribuzione capillare dell'offerta per prestazioni a bassa complessità e alto volume, e una concentrazione per prestazioni ad alta complessità e basso volume. Promozione di azioni finalizzate a individuare livelli omogenei di capacità produttiva per situazioni omogenee di organico e incentivare l'adozione di tecnologie innovative (come la telemedicina), massimizzando l'utilizzo delle infrastrutture e delle apparecchiature installate per ridurre i tempi non produttivi né per il cittadino né per il sistema.
3. Efficienza nella committenza verso gli erogatori privati accreditati e convenzionati: interventi mirati a finalizzare l'acquisto delle prestazioni in funzione delle necessità e dei bisogni specifici dei diversi territori.

Attraverso l'implementazione di tali interventi, l'Azienda intende garantire un sistema sanitario più efficiente e reattivo, capace di rispondere adeguatamente e tempestivamente alle esigenze della popolazione, elevando la

qualità complessiva dei servizi erogati in un sistema di monitoraggio continuo — dashboard informatizzata, con indicatori di processo e risultato misurabili, resi disponibili con cadenza trimestrale nella sezione dedicata del sito aziendale al GLA. La responsabilità attuativa delle azioni viene posta in capo alla Direzione Sanitaria Aziendale, con articolazione operativa del CUP Manager, oltre che in raccordo ai Direttori di Dipartimento Assistenziale, Distretto Sanitario e Presidio Ospedaliero, in sinergia con il Tavolo di monitoraggio dei tempi di attesa e il sistema informativo aziendale.

### 1.A. Azioni di efficientamento delle agende

L'ottimizzazione e la gestione attiva delle agende di prenotazione costituiscono intervento prioritario e strutturale per il governo della domanda e per la capacità del sistema di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie nei tempi previsti dalle classi di priorità. In linea con quanto previsto nella Sezione 2.2 del PNGLA 2025–2027, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera ha adottato un modello di revisione funzionale delle agende basato su criteri di produttività minima, tracciabilità delle disponibilità, trasparenza gestionale e congruenza con la domanda effettiva.

Tutte le agende, sia istituzionali, che delle strutture sanitarie private accreditate a contratto ed ALPI, sono inderogabilmente inserite nel sistema CUP regionale ed aziendale, in coerenza con la DGR Basilicata n. 329 del 8 giugno 2023, l'obiettivo di completa visibilità dell'offerta e di registrazione delle variazioni programmate. La gestione delle agende sarà coordinata, per mezzo di dashboard BI, a livello centrale dall'Ufficio GLA, afferente al CUP Manager, con responsabilità operativa assegnata ai Direttori di Distretto Sanitario e di Presidio Ospedaliero, in coerenza con la Deliberazione Aziendale n. 632 del 29 aprile 2016, mentre le Unità Operative erogatrici sono tenute alla sorveglianza settimanale delle disponibilità attive e alla trasmissione dei dati di *performance* su base mensile.

Le azioni attivate comprendono:

- revisione strutturale delle agende per branca, sede e fascia oraria, con eliminazione degli slot inutilizzati, razionalizzazione delle durate per tipologia di prestazione e standardizzazione delle sequenze di erogazione;
- obbligo di fruizione delle agende attive con un coefficiente minimo del 90%, salvo documentata indisponibilità (e.g. assenza professionista, manutenzione strutturale);
- automatizzata restituzione al CUP delle agende non utilizzate entro 4 giorni dalla data di erogazione (come da indicazione PRGLA, Sez. 10), per permettere il recupero di disponibilità;
- rimodulazione delle agende secondo criteri di elasticità oraria, prevedendo aperture pomeridiane, serali e prefestive, con adeguamento della logistica e del supporto tecnico;
- riorganizzazione delle agende aggregate per branca in "Unità Erogante", al fine di distribuire la domanda e le sedi in accordo alla disponibilità effettiva;
- estrazione settimanale delle Liste Lavoro, integrata con ARCAweb, a cura dei sistemi informativi aziendali, al fine di predisporre un confronto tecnico mensile tra CUP Manager e Direttori di Distretto Sanitario, di Presidio Ospedaliero ed articolazioni ospedaliere/territoriali.

In coerenza con quanto previsto dal PNGLA, sarà implementato il sistema informatizzato di *recall* automatizzato multicanale — SMS, e-mail, telefonia interattiva, per tutte le prestazioni prenotate, finalizzato alla conferma, disdetta e riassegnazione delle agende liberate.

La funzionalità delle agende viene inoltre supportata da indicatori di sistema, tra cui:

- tasso di efficienza operativa, ergo differenza tra slot programmati e prenotati;
- tasso di disdetta tardiva (<96 ore);
- incidenza dei *no-show* non recuperati;
- numero medio di giorni tra data di prenotazione e data di erogazione, ripartiti per classe RAO.

Tali indicatori sono oggetto di reportistica interna con frequenza mensile, elaborata con il supporto di sistemi informativi aziendali, trasmessa all'Ufficio GLA, per l'adozione di eventuali misure correttive.

In presenza di *performance* insoddisfacenti o reiterate anomalie nella gestione delle agende, sarà attivata la procedura prevista dal PRGLA che prevede:

- eventuale sospensione dell'ALPI;
- proposta di riassegnazione della capacità erogativa ad altra sede;
- diffida organizzativa formale alla U.O. e relativo Dipartimento di afferenza.

L'intero sistema viene concepito come parte integrante del modello di governo delle liste di attesa e si integra con gli altri moduli di intervento previsti nel Piano *de quo*.

### 1.B. Definizione e adozione dell'ambito di garanzia

L'ambito di garanzia territoriale, inteso come il bacino territoriale minimo entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni, entro i tempi massimi previsti, è il territorio regionale.

L'ambito di garanzia rappresenta il perimetro territoriale entro il quale deve essere assicurata la fruizione della prestazione entro i tempi massimi previsti dalla classe di priorità RAO. In coerenza con quanto disposto dall'Allegato A della DGR Basilicata n. 152/2025 e con le disposizioni contenute nel PNGLA 2025–2027, l'ASM Matera formalizza, per ciascuna delle 50 prestazioni oggetto di monitoraggio, in ossequio all'allegato 1 della DGR 152/2025, l'ambito di garanzia di riferimento, articolato su base aziendale e, in caso di indisponibilità primaria, su base regionale.

Tale assetto risponde al principio di **prossimità assistenziale** e si sviluppa secondo due livelli organizzativi progressivi:

- **Ambito aziendale primario:** rappresenta la sede di riferimento preferenziale, corrispondente alla struttura territorialmente più prossima al domicilio dell'assistito, in accordo al criterio della massima prossimità possibile, ovvero nei limiti della disponibilità temporale compatibile con la priorità clinica.
- **Ambito interaziendale:** rappresenta il livello esteso di garanzia, attivabile in caso di indisponibilità nella rete aziendale, mediante accesso presso strutture afferenti al SSR regionale, garantendo l'erogazione della prestazione entro il tempo massimo previsto.

La responsabilità della presa in carico resta in capo all'Azienda Sanitaria, che è tenuta a garantire il rispetto dei tempi di attesa attraverso l'attivazione tempestiva di percorsi alternativi all'interno dell'ambito di garanzia, anche in sedi diverse da quella originariamente richiesta.

Il sistema è interconnesso con:

- l'**Anagrafe Unica degli Assistiti** regionale;
- i **Raggruppamenti Unità Eroganti CUP**;
- i moduli RAO per la tracciabilità della priorità clinica.

I flussi informativi relativi agli spostamenti intra-ambito e alle riprogrammazioni vengono generati su base settimanale dai Sistemi Informativi Aziendali e trasmessi alla Direzione Sanitaria e al CUP Manager per le valutazioni organizzative e strategiche. La performance in materia di presa in carico tempestiva è monitorata attraverso specifici **Key Performance Indicators (KPI)** inseriti nel sistema aziendale di misurazione delle *performance* e correlati alla valutazione ai Direttori e Responsabili di Unità Operativa

In caso di impossibilità a garantire la prestazione nel rispetto del tempo massimo, ai sensi dell'art. 3, commi 10 e 10-bis del D.L. n. 73/2024, convertito con modificazioni dalla L. 107/2024, ed in particolare dall'art. 3 del D. Lgs. 29/04/1998 n. 124 (recante "*Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*"), l'Azienda attiva i **percorsi di tutela e garanzia**, senza onere per l'utente, nei limiti delle risorse di cui all'art. 1, commi 232 e 233 della L. 213/2023 e sulla base delle tariffe nazionali vigenti.

Tra le misure adottabili, dietro esplicita istanza dell'assistito, l'ASM annovera:

- la **ridefinizione della tipologia e dei volumi di attività** delle strutture aziendali e accreditate;
- la **riprogrammazione delle ore di specialistica ambulatoriale interna**;
- l'**attivazione di prestazioni aggiuntive temporanee**, anche tramite contratti flessibili, per far fronte a carenze di organico o a fabbisogni straordinari;
- l'**incremento delle ore convenzionate** degli specialisti già in servizio o attivazione di nuovi incarichi, finalizzati alla riduzione delle liste d'attesa;
- l'**utilizzo, in via complementare**, del privato accreditato e dell'ALPI, assumendo a proprio carico la differenza tra la somma versata dall'assistito a titolo di compartecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta compartecipazione, l'ASM corrisponde l'intero costo della prestazione.

È di tutta evidenza che l'applicazione del percorso di tutela costituisce una condizione eccezionale prevista dalla normativa vigente a garanzia del diritto alla salute dei cittadini, ma anche un impegno improcrastinabile per l'ASM poiché rende indifferibile la riduzione delle situazioni di mancata risposta nei tempi previsti.

Diviene assolutamente prioritario assicurare il monitoraggio della completezza dell'offerta ordinaria di prestazioni specialistiche ambulatoriali al fine di ridurre al minimo il ricorso ai percorsi di tutela da parte degli utenti per i quali non si è in grado di fornire la prestazione nei tempi appropriati rispetto alla classe di priorità.

Il percorso di tutela costituisce, dunque, un accesso alternativo alle prestazioni specialistiche, che può essere attivato solo nel caso in cui, dopo aver esaurito tutti gli spazi disponibili nell'ambito sia dell'offerta aziendale, ivi compresa quella dei centri privati accreditati convenzionati con l'Azienda, sia dell'offerta da parte di altre strutture del SSR, la prestazione di primo accesso non può essere garantita nei tempi massimi previsti. Pertanto, l'ASM prima di attivare il percorso di garanzia, deve aver esperito tutte le procedure a sua disposizione al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi stabiliti, per effetto delle quali il sistema di prenotazione regionale per visite ed esami segue i seguenti criteri:

1. ricerca del primo posto disponibile presso le strutture dell'ASM e presso i centri privati accreditati;
2. ricerca di disponibilità alternative nell'intero territorio regionale;

Come già menzionato, si ribadisce che qualora l'utente rifiuti la prima data utile proposta in una delle suddette strutture, le cui tempistiche di erogazione rispettino i tempi massimi previsti, viene meno il relativo ambito di garanzia della salute classe di priorità assegnata e conseguentemente risulta precluso l'accesso al percorso di tutela.

Al termine della suddetta ricerca, qualora non si riuscisse a soddisfare la richiesta di prenotazione entro i termini previsti dal codice di priorità specifico, l'ASM, a seguito di un'ulteriore verifica (anche in ordine all'appropriatezza della prescrizione con riguardo, altresì, ai contenuti del modello Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO), su esplicita richiesta dell'interessato dovrà, in ultima istanza, erogare la prestazione nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ai sensi dell'art. 3, comma 13, del D. Lgs. 29/04/1998 n. 124, rispettando sia il criterio di rotazione tra i professionisti sia il rapporto tra i volumi di attività istituzionale e in libera professione riferiti alla struttura di afferenza dello stesso.

A tale proposito, al fine di accedere al percorso di tutela, l'interessato dovrà effettuare una specifica richiesta indirizzata alla Direzione Generale dell'ASM, da cui emerga che la ricerca espletata non ha soddisfatto la richiesta di prenotazione entro i termini previsti dal codice di priorità specifico, ed in cui risultino le seguenti informazioni i dati identificativi del paziente richiedente,

- gli estremi identificativi della prescrizione, ivi compresa la prestazione richiesta;
- la classe di priorità relativa alla prestazione richiesta, laddove indicata, con i relativi tempi massimi di attesa previsti (nel caso in cui non è indicata la classe di priorità il tempo massimo di erogazione è pari a 180 giorni);
- la data in cui è stato contattato il CUP Basilicata per la prenotazione della prestazione;
- la data del primo appuntamento disponibile proposto dal CUP;
- la richiesta di notifica della nuova data di prenotazione, con la conseguente rinuncia della data proposta;



- l'eventuale ulteriore richiesta, di ricorrere all'attività libero professionale intra muraria ASM di Matera per la prestazione prescritta da erogare entro il tempo massimo di attesa senza oneri aggiuntivi per il cittadino, ai sensi dei D. Lgs. n. 502/92 art. 15 e D. Lgs. n. 124/1998, art. 3, c. 13.

Alla suddetta richiesta vanno allegati:

- Richiesta del medico prescrittore;
- Prenotazione del CUP da cui risulti:
  - il giorno di richiesta di prenotazione;
  - la prima data disponibile per l'erogazione della prestazione (considerando tutte le strutture di offerta, tra cui quelle dell'ASM, quelle delle altre strutture del SSR e quelle delle strutture private accreditate con l'Azienda);
- Tessera sanitaria;
- Carta d'identità;

Pertanto, a fronte di quanto evidenziato, resta tassativamente esclusa, in ogni circostanza, l'autorizzazione e, di conseguenza, il riconoscimento della possibilità di rimborso *ex post* per prestazioni effettuate in regime libero-professionale o presso strutture private in assenza di preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda ed in contrasto con la normativa e il percorso testé illustrati.

In definitiva, ai sensi di quanto dianzi disposto, in sede di prenotazione al CUP di una prestazione, al paziente, a cui, dopo aver esperito tutti i tentativi a disposizione, non è stato possibile garantire il rispetto dei tempi di erogazione della prestazione e dietro sua specifica ed esplicita istanza, dovrà essere proposto un appuntamento per l'erogazione della prestazione da parte del proprio personale in regime di intramoenia, ovvero senza oneri aggiuntivi per l'utente, ai sensi del D.Lgs n. 124/1998 con il solo pagamento del ticket, se dovuto.

L'utente che non abbia avuto accesso, nei termini massimi di garanzia, a un percorso alternativo alla prestazione mediante ricorso a un libero-professionista in regime di intramoenia, può chiedere il rimborso dei costi sostenuti per la prestazione, nei limiti della tariffa media delle prestazioni rese dai professionisti aziendali in regime di intramoenia — Allegato A.

Al fine di ottenerne il rimborso l'utente deve presentare all'URP :

- formale richiesta di rimborso (vedasi All. A) per prestazioni specialistiche (visita e/o prestazione specialistica), in cui dovrà dichiarare ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 di non aver potuto usufruire della prestazione (ordinaria o in regime di intramoenia) entro i tempi di garanzia previsti, nonché allegare la stampa della ricevuta di prenotazione al CUP con l'indicazione della prima data disponibile in assoluto tra quelle proposte dal sistema;
- fotocopia dell'impegnativa prescrizione medica;
- la fattura quietanzata da parte dello specialista che ha eseguito la prestazione;
- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- fotocopia tessera sanitaria;
- numero di IBAN di conto bancario sul quale effettuare il rimborso.

La procedura aziendale relativa al percorso di tutela di accesso alternativo alle prestazioni specialistiche del cittadino viene resa disponibile con l'allegata modulistica insieme ad ogni utile informazione e comunicazione agli utenti nella sezione dedicata del sito web aziendale.

Il sistema degli ambiti di garanzia è oggetto di **validazione trimestrale**, con verifica dei volumi garantiti e dei tempi medi di evasione per ciascuna sede, a cura della Direzione Sanitaria e del CUP Manager, sulla base di relazione analitica redatta dai Direttori dei Distretti Sanitari e del Presidio Ospedaliero.

## 1.C. Potenziamento dell'offerta di visite e prestazioni

Il potenziamento della capacità produttiva aziendale rappresenta una misura strutturale per il recupero delle prestazioni non erogate nei tempi previsti dal PNGLA e per la rimodulazione dell'offerta rispetto ai fabbisogni reali della popolazione assistita. Tale potenziamento si articola su due assi integrati, ergo l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse interne e l'attivazione di strumenti contrattuali per la produzione aggiuntiva, nel rispetto della normativa vigente e dei vincoli di bilancio.

## 1. Utilizzo delle risorse interne

La valorizzazione della capacità erogativa interna costituisce la prima leva di intervento, in quanto consente di ampliare l'offerta senza ricorrere ad elementi esogeni. L'Azienda ha avviato un processo sistematico di riorganizzazione dei turni di attività ambulatoriale, con revisione dei carichi orari, aggregazione funzionale ed armonizzazione delle sedute tra diverse articolazioni della stessa branca, con il target di utilizzo (>95%) degli slot ordinari a disponibilità parziale.

Le principali linee di azione attuate sono:

- estensione della fascia oraria ordinaria di attività ambulatoriale, con previsione di sedute regolari in orario 14:00–20:00, previo adeguamento logistico e tecnico-infrastrutturale;
- integrazione tra sedi distrettuali e ospedaliere attraverso la programmazione condivisa di agende multidisciplinari su “nodo unico di branca”, che consente l'allocazione flessibile dei professionisti in funzione della domanda per sede;
- riallocazione della produzione dalle sedi sottoutilizzate alle sedi ad alta pressione, con meccanismi di compensazione interna validati dalla Direzione Sanitaria Aziendale;
- recupero delle ore cliniche improduttive attraverso la riassegnazione di agende inutilizzate, con tracciamento mensile delle ore mediche ed infermieristiche rese disponibili e indice di produttività per turno.

A livello organizzativo, ciascun Dipartimento è tenuto a trasmettere, mensilmente, all'Ufficio GLA, un **Piano di Utilizzo Operativo delle Risorse — PUOR**, contenente le ore disponibili, le ore impegnate e le ore aggiuntive richieste per ciascuna branca, suddivise per sede e classe RAO. Tali dati vengono elaborati dalla Direzione Sanitaria Aziendale e dal CUP Manager, che valuta la coerenza con la domanda rilevata dal sistema CUP e suggerisce eventuali riallocazioni.

L'ottimizzazione interna viene inoltre supportata da un sistema di indicatori settimanali, tra cui:

- indice di fruizione per Unità Erogante (>95%);
- produttività oraria per tipologia prestazionale;
- rapporto ore disponibili / ore effettivamente prenotate;
- incidenza della disattivazione mensile di agende, per motivi non giustificati, entro la soglia critica (>2 per Raggruppamento Unità Erogante).

I Direttori e Responsabili di UU.OO. di branca sono responsabili del raggiungimento degli standard di produttività definiti in sede aziendale e della coerenza tra pianificazione, prenotazione e prestazioni erogate.

## 2. Attivazione di risorse aggiuntive mediante istituti contrattuali

Qualora l'impiego delle risorse interne non risulti sufficiente a garantire l'erogazione nei tempi di garanzia, l'ASM attiva specifici strumenti contrattuali previsti dalla normativa collettiva nazionale e dalle disposizioni integrative regionali.

Le forme attivate comprendono:

- **attività aggiuntive retribuite** fuori orario ordinario per dirigenza e comparto sanitario;
- **progetti obiettivo** formalizzati ai sensi del CCNL Aree Sanità 2019–2021, finalizzati alla riduzione delle liste d'attesa per prestazioni traccianti, con obiettivi di produzione mensilmente verificabili;

- **prestazioni aggiuntive convenzionate** rese da specialisti ambulatoriali, in forma programmata presso le strutture aziendali, su chiamata organizzata e per attività remunerate in quota aggiuntiva;
- **forme incentivanti aziendali**, ove previste, collegate al raggiungimento di indicatori di risultato, compatibilmente con la disponibilità dei fondi contrattuali.

L'attivazione di tali misure avviene su proposta dei Direttori di Dipartimento, previo nulla osta del CUP Manager, e validazione da parte della Direzione Sanitaria Aziendale. Ogni attivazione deve essere preceduta da relazione tecnica motivata, contenente:

- analisi dello scostamento dai tempi PRGLA per branca e sede;
- indicazione delle risorse interne già utilizzate;
- quantificazione del fabbisogno produttivo aggiuntivo;
- sostenibilità economica e copertura finanziaria a valere sui fondi aziendali o vincolati (e.g. art. 4 L. 107/2024).

La produzione derivante da attività aggiuntiva sarà registrata separatamente nel sistema CUP, contrassegnata come *prestazione incrementale istituzionale* e relativo codice dedicato, oltre che essere oggetto di rendicontazione trimestrale specifica ai fini della verifica di impatto sulla riduzione delle liste di attesa.

Tutti i dati relativi a ore aggiuntive programmate, turni straordinari autorizzati e prestazioni effettivamente erogate saranno tracciate nel sistema informativo aziendale ed oggetto di audit interno trimestrale, a cura della Direzione Sanitaria Aziendale e CUP Manager, con report trasmesso al Direttore Generale.

#### 1.D. Programmazione delle attività con le strutture private accreditate

Nel quadro della strategia di rafforzamento della capacità erogativa ed in coerenza con quanto previsto dalla Sezione 2 del PNGLA 2025–2027, il ricorso programmato alle strutture private accreditate rappresenta per l'Azienda Sanitaria Locale di Matera uno strumento operativo strategico per garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi massimi previsti per ciascuna classe di priorità, secondo logiche di complementarità, trasparenza e presidio pubblico della domanda.

L'utilizzo del potenziale produttivo delle strutture accreditate viene valorizzato nell'ambito di un approccio orientato alla **costruzione di una rete integrata pubblico-privato**, in coerenza con la sezione n. 4 dell'Allegato A alla DGR n. 329/2023, fondata su criteri di pianificazione coerente con i fabbisogni aziendali e strutturali, obbligo di interoperabilità dei sistemi informativi ed adesione ai percorsi prescrittivi definiti in sede regionale.

A tal fine, l'Azienda avvirà nel III bimestre un processo di **rimodulazione selettiva degli accordi di fornitura**, con il progressivo aggiornamento dei fabbisogni prestazionali e introduzione di indicatori di tempestività, efficienza e tracciabilità delle Unità Eroganti. Le strutture accreditate sono tenute a rendere disponibile un **piano mensile di disponibilità produttiva**, suddiviso per tipologia di prestazione, classe RAO e tempo medio di erogazione previsto. Tale piano sarà oggetto di validazione tecnica da parte degli Uffici GLA e CEA, con aggiornamento bimestrale.

La partecipazione del privato accreditato alla riprogrammazione dell'offerta avviene in particolare per le **prestazioni critiche** identificate in Report mensili, a cura dei Direttori di Dipartimento, con l'analisi dei dati di scostamento — e.g. *prime visite, prestazioni di diagnostica per immagini e degli altri esami specialistici oggetto di monitoraggio, in ossequio all'Allegato 1 DGR n. 152/2025*. In questi casi, le strutture possono essere chiamate a garantire **una disponibilità aggiuntiva dedicata** in fasce orarie definite, con visibilità completa nel sistema di prenotazione centrale e obbligo di rendicontazione delle agende.

I criteri di attivazione delle strutture private accreditate comprendono:

- comprovata capacità tecnica ed organizzativa atta a garantire le prestazioni nei tempi previsti per classe di priorità;

- inserimento obbligatorio delle disponibilità nel sistema CUP regionale, secondo formato interoperabile e con aggiornamento mensile;
- adesione al sistema di monitoraggio regionale, con trasmissione dei flussi informativi standardizzati — *e.g. RAO, tempo di attesa, erogato, slot disponibili*;
- obbligo di partecipazione agli audit aziendale per il coordinamento dell'offerta e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva e organizzativa, promossi, congiuntamente, dagli Uffici GLA, CEA e Dipartimenti Assistenziali competenti.

La Direzione Generale, su proposta degli Uffici GLA e CEA, previa validazione della Direzione Sanitaria Aziendale e Direzione Amministrativa, assegna volumi incrementali sulla base di uno **schema di programmazione per priorità**, che privilegia:

- le prestazioni traccianti con tasso di sfioramento >20%;
- le branche con gap persistente tra domanda prenotabile e disponibilità CUP;
- le aree geografiche prive di copertura adeguata istituzionale.

La trasparenza del sistema viene assicurata mediante:

- pubblicazione sul sito istituzionale della lista delle strutture attive, delle prestazioni disponibili e dei tempi medi registrati;
- aggiornamento mensile dei volumi assegnati e dei tassi di no-show rilevati, a cura degli Uffici GLA e CEA;
- controllo di qualità da parte del CUP Manager e Direzione Amministrativa, con funzione di committenza.

Il mancato rispetto dei parametri previsti comporta l'attivazione di misure di contenimento, quali sospensione dei volumi, esclusione temporanea dalla programmazione o revoca parziale della convenzione, in ossequio alla DGR n. 329/2023.

L'utilizzo delle strutture private accreditate viene considerato misura sussidiaria e integrativa, e non può in alcun modo sostituire l'obbligo dell'Azienda di valorizzare prioritariamente le risorse interne, né giustificare forme di esternalizzazione improprie dell'offerta ordinaria. Il principio guida resta quello della **sussidiarietà regolata**, all'interno di una programmazione unitaria e trasparente dell'offerta assistenziale.

### 1.E. Piano di sviluppo della telemedicina in tutte le sue declinazioni

La telemedicina rappresenta un asse strategico della riconversione organizzativa e digitale del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare nella prospettiva del superamento delle barriere territoriali, della presa in carico proattiva e della gestione integrata dei pazienti cronici e fragili per le prestazioni *follow-up*.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, in coerenza con quanto previsto dal PNGLA 2025–2027, dal PRGLA 2025 e dalle Linee Guida Nazionali per i Servizi di Telemedicina, ha integrato progressivamente l'adozione dei servizi di telemedicina nelle attività sanitarie ordinarie, in coerenza con il dispiegamento dei micro-servizi di telemedicina, coordinati a valenza regionale, oggetto di programmazione dedicata, assegnazione di risorse e valutazione periodica degli impatti.

Sono previste modalità di erogazione da remoto per le visite di controllo clinico, laddove vi siano condizioni di stabilità e criteri clinici compatibili, eletti con la prima visita in presenza. Tra le applicazioni prioritarie in corso di implementazione, al fine di orientare compitamento i percorsi clinico-diagnostici, evitare prestazioni inappropriate o ridondanti e migliorare la continuità ospedale-territorio, con prioritizzazione per i casi a complessità crescente, in trattamento farmacologico avanzato ed alta prevalenza epidemiologica, si includono:

- follow-up diabetologici ed endocrinologici per il monitoraggio e la gestione terapeutica;
- controlli cardiologici di pazienti stabili, con modalità sperimentale;
- follow-up post-clinico-chirurgici per la verifica clinica e funzionale dei risultati.

Gli obiettivi operativi, con l'adozione di piattaforme digitali interoperabili e user-friendly, concorrono alla:



- riduzione degli accessi inappropriati, distrettuali ed ospedalieri;
- precoce rilevazione di *clinical outcomes* e (NEWS) e prevenzione della relativa *escalation*;
- diminuzione dei ricoveri ospedalieri evitabili ed ottimizzazione socio-assistenziale.

Tutte le figure professionali coinvolte nell'erogazione di prestazioni di telemedicina partecipano a percorsi di formazione specifica, articolata su moduli, quale condizione necessaria per l'abilitazione all'attività clinica da remoto. I piani formativi sono calendarizzati su base semestrale, in raccordo con i Dipartimenti Assistenziali e gli Uffici GLA e Formazione.

### 1.F. Ottimizzazione dell'utilizzo delle grandi attrezzature

Le grandi apparecchiature diagnostiche ad alta tecnologia rappresentano un nodo critico nella gestione dei tempi di attesa, in quanto dispositivi a elevato valore tecnologico e a limitata disponibilità oraria, spesso soggetti a fenomeni di sotto-utilizzo, inappropriata prescrizione o inefficienze organizzative. L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, in linea con gli obiettivi del PNGLA 2025–2027 e con quanto previsto dal PRGLA regionale, promuove l'**ottimizzazione dell'impiego delle tecnologie strategiche**, ampliando l'orario dell'offerta attiva, riorganizzando i percorsi gestionali con strumenti automatizzati di monitoraggio, al fine di implementare il volume produttivo utile, ridurre i tempi medi di accesso e razionalizzare la domanda secondo criteri di priorità clinica e sostenibilità operativa.

Attivazione di sessioni diagnostiche aggiuntive, per le apparecchiature a maggior tasso di utilizzo (e.g. *risonanze magnetiche, tomografie computerizzate, mammografi digitali, ecografi di fascia avanzata*), nelle fasce pomeridiane e serali feriali, nonché nei giorni prefestivi e, ove logisticamente sostenibile, festivi.

Le sedute straordinarie sono programmate in base ai volumi di domanda rilevati dai sistemi informativi aziendali, validati dalla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, con assegnazione di personale tecnico e radiologico dedicato, mediante turnazioni pianificate o progetti retribuiti aggiuntivi.

L'obiettivo aziendale consiste nell'ottimizzare l'impiego delle apparecchiature prioritarie, al fine di raggiungere un livello di massima efficienza operativa ( $\geq 90\%$ ), rilevato su base mensile e comprovato mediante l'integrazione sistematica tra i registri d'esame e i dati di pianificazione.

Per ciascun presidio dotato di tecnologia avanzata, è istituito un **Registro di Utilizzo Diagnostico (RUD)**, validato dal relativo Direttore U.O. e condiviso con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, al fine di verificare compiutamente il numero di slot programmati, gli slot fruiti, i disdetti ed i *no-shows*.

La rimodulazione dell'offerta diagnostica prevede la revisione dei protocolli interni di prenotazione e prescrizione, al fine di:

- favorire, ove clinicamente possibile, l'accorpamento di esami multipli nella stessa seduta (e.g. TC torace-addome, RM encefalo e rachide), ottimizzando l'uso della macchina e riducendo gli accessi ripetuti del paziente;
- adottare, progressivamente, la verifica sistematica dell'appropriatezza nel processo di accettazione della prenotazione, mediante controllo strutturato dei quesiti clinici e loro corrispondenza con la tipologia di esame richiesto.

Particolare attenzione è riservata all'ambito radiologico, che attualmente rappresenta, per carenza di personale e volume di richieste inappropriate, il settore con maggiore criticità in termini di abbattimento delle liste di attesa. In tale ambito, l'Azienda ha disposto una riprogrammazione urgente delle agende, con analisi settimanale della produzione per sede e attivazione di sedute diagnostiche aggiuntive in orari flessibili, previa ridefinizione delle dotazioni di personale sanitario attraverso forme contrattuali previste e progressiva adozione di **sistemi di**

**ottimizzazione automatizzata degli slot**, basati su algoritmi di analisi predittiva e prioritarizzazione, in grado di:

- proporre la miglior combinazione possibile tra tipo di esame, disponibilità oraria e sede più prossima;
- segnalare tempestivamente le agende sottoutilizzate o a rischio di spreco;
- integrare l'output con il sistema CUP per la riprogrammazione automatica dei pazienti in lista.

Tali strumenti verranno adottati previo percorso di validazione clinica, audit professionale e coinvolgimento delle Unità Operative Radiologiche e Innovazioni Tecnologiche ed Attività Informatiche.

### 1.G. Strategie di governo della libera professione

L'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) costituisce un diritto contrattualmente riconosciuto ai dirigenti sanitari, da esercitarsi nel rispetto dei principi di compatibilità con l'interesse pubblico, priorità dell'attività istituzionale e non interferenza con l'accessibilità alle cure in regime ordinario. In tale prospettiva, l'ASM Matera adotta un modello di **governo tecnico-regolatorio della libera professione**, finalizzato a garantire la prevalenza effettiva dell'attività istituzionale, la trasparenza dei volumi erogati e la piena coerenza con gli obiettivi di riduzione dei tempi di attesa previsti dal PNGLA, predisponendo revisione dei regolamenti aziendali attualmente vigenti.

Con riferimento a quanto stabilito dall'art. 4 della Legge 107/2024, e in coerenza con le indicazioni contenute nel PNGLA 2025–2027, la Commissione Paritetica di Controllo predisporrà, a cadenza mensile, report per il tracciamento comparato delle prestazioni erogate in regime istituzionale e in ALPI, con accesso riservato ai dirigenti responsabili delle Unità Operative, costitutivo:

- numero di prestazioni erogate in regime ordinario per branca e classe RAO;
- numero di prestazioni ALPI per tipologia, sede e classe prioritaria;
- rapporto percentuale tra attività istituzionale e attività intramuraria;
- tempo medio di attesa per prestazioni istituzionali nella medesima branca.

L'analisi dei dati consente di individuare eventuali **scostamenti significativi o comportamenti difformi**, in particolare nei casi in cui il volume dell'attività libero-professionale superi in modo stabile quello istituzionale, o in cui l'erogazione in ALPI si accompagni a livelli critici di attesa nel canale pubblico.

L'attività libero-professionale è subordinata alla piena compatibilità con il rispetto dei tempi di attesa fissati per le prestazioni istituzionali. In presenza di uno **sforamento reiterato** degli standard previsti dal PNGLA per una determinata branca o tipologia di prestazione, l'Azienda dispone:

- la **sospensione temporanea** dell'attività ALPI per i professionisti afferenti alla branca critica;
- la **rimodulazione dei turni** con riallocazione prioritaria nell'attività istituzionale;
- la **revoca parziale dell'autorizzazione all'ALPI** per le prestazioni interessate, fino al ripristino di tempi conformi.

Tale misura viene attuata con provvedimento formale della Direzione Sanitaria Aziendale, previa relazione tecnica motivata del Presidente della Commissione Paritetica di Controllo e confronto con i Direttori di Dipartimento ed il CUP Manager. L'atto è trasmesso agli Ufficio GLA e Controllo di Gestione e alla Direzione Amministrativa per gli adempimenti di competenza.

Tutte le agende ALPI attive devono essere **inserite obbligatoriamente nel sistema CUP**, secondo le modalità previste dal PNGLA e PRGLA, con tracciabilità integrale degli slot, visibilità pubblica e possibilità di comparazione con le agende istituzionali. L'integrale impiego delle agende istituzionali costituisce **condizione necessaria** per l'attivazione dell'agenda ALPI associata alla medesima branca o prestazione.

La Commissione Paritetica di Controllo, con cadenza trimestrale, produce un **report sintetico per branca e sede**, disponibile nella sezione dedicata del sito web aziendale, contenente:

- prestazioni istituzionali vs. ALPI;
- tempi medi di attesa nel canale pubblico;
- provvedimenti di regolazione adottati;
- esiti delle misure di riallineamento eventualmente applicate.

In caso di violazione reiterata delle condizioni di compatibilità, omissione di inserimento delle agende ALPI nel CUP o esercizio dell'attività in presenza di agende istituzionali sature o inattive, in coerenza con il PRGLA, l'Azienda può disporre:

- la sospensione immediata dell'abilitazione all'ALPI;
- la revoca definitiva dell'autorizzazione rilasciata.

### 1.H. Organizzazione delle aperture straordinarie delle attività ambulatoriali nei giorni di sabato e domenica

Nell'ambito delle misure straordinarie per il recupero delle liste di attesa, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera ha adottato un modello organizzativo per l'attivazione programmata di sedute ambulatoriali aggiuntive nelle date prefestive, festive e nella fascia serale feriale, con l'obiettivo di aumentare la capacità produttiva settimanale, contenere i tempi di attesa per le prestazioni traccianti ambulatoriali e ridurre il *backlog* accumulato.

L'attività, ai sensi dell'art. 4 della Legge 31 luglio 2024, n. 107, prevede la possibilità di ricorrere ad attività assistenziali in orari extra-ordinari, in forma aggiuntiva e retribuita, mediante l'impiego volontario del personale sanitario, nel rispetto delle condizioni contrattuali vigenti.

L'ASM predisporrà una pianificazione, coerente con le risorse assegnate, da attivarsi in base alla rilevazione di specifici fabbisogni, rilevati attraverso:

- l'analisi settimanale delle classi RAO in sfioramento;
- l'indice di saturazione delle agende aziendali;
- l'incidenza delle prestazioni in attesa >120 giorni, riferibili alla classe P;
- monitoraggio del carico di domanda sulle agende diagnostiche e specialistiche.

Le prestazioni oggetto di apertura straordinaria sono individuate sulla base di tre criteri principali:

- **criticità strutturale** della branca;
- ***backlog* rilevato** su base trimestrale;
- **disponibilità di risorse professionali volontarie.**

Le agende attivate in tale ambito sono distinte nel sistema CUP con codifica dedicata e le sedute straordinarie vengono programmate con le seguenti modalità:

- frequenza definita, quindicinale/mensile, in funzione dell'analisi dei fabbisogni e della produttività minima richiesta ( $\geq 90\%$ );
- adesione volontaria del personale sanitario, mediante interpello di disponibilità formalizzata e compatibile con i turni ordinari;
- valorizzazione economica in accordo gli istituti contrattuali vigenti, a valere su fondi dedicati;
- supporto logistico e tecnico garantito dalle Direzioni dei Distretti Sanitari e Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero coinvolte, con predisposizione delle rifunionalizzazioni e relate attività, inclusi eventuali approvvigionamenti.

La Direzione Sanitaria Aziendale ed il CUP Manager, d'intesa con i Direttori di Dipartimento, redige, con cadenza mensile, un **Piano di Aperture Straordinarie**, che definisce:

- sedi coinvolte;
- tipologia di prestazioni attivabili;
- numero di sedute programmate;

- personale assegnato e ore aggiuntive richieste;
- target minimo di prestazioni per seduta.

La valutazione dell'efficacia dell'intervento straordinario si basa su:

- variazione dei tempi medi di attesa per le prestazioni interessate;
- incremento del numero di prestazioni erogate per fascia oraria;
- riduzione del *backlog*, con particolare focus alla classe P;
- rapporto costo/beneficio rispetto alla produzione incrementale.

Le aperture straordinarie costituiscono misura strutturale nell'ambito del Piano *de quo* e saranno oggetto di programmazione stabile per l'annualità 2025, in funzione delle risorse disponibili e della disponibilità professionale rilevata.

Il piano viene trasmesso alla Direzione Generale per l'approvazione e successivamente pubblicato nella sezione dedicata del sito web aziendale. I dati di produzione, acquisibili con esportazione dalla dashboard informatizzata, saranno analizzati dai Direttori di Dipartimento e forniti alla Direzione Sanitaria Aziendale ed al CUP Manager.

## 2. Separazione dei canali e dei flussi di accesso

La separazione funzionale dei flussi di accesso rappresenta un principio organizzativo fondamentale per garantire equità, appropriatezza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. L'interferenza tra tipologie di domanda diverse – prime visite e controlli/*follow-up* – genera effetti distorsivi che influiscono negativamente sull'accessibilità delle prestazioni con priorità clinica elevata. In coerenza con quanto previsto dal PNGLA 2025–2027 e dal PRGLA 2025, l'ASM implementa un modello strutturato di **segmentazione dei percorsi di accesso**, differenziato per tipologia di bisogno e classe RAO, con agende dedicate e criteri di prenotazione selettiva.

L'organizzazione delle agende ambulatoriali viene ridefinita secondo un criterio di separazione tra prime visite e visite di controllo, con l'obiettivo di:

- garantire l'accesso prioritario dei pazienti al primo contatto con il SSR, la cui valutazione clinica è dirimente per l'inquadramento diagnostico-terapeutico;
- favorire la presa in carico diretta e continuativa del paziente da parte dello specialista già conosciuto.

Ogni Dipartimento Assistenziale, di concerto con l'Ufficio GLA, è tenuto a definire, entro il III bimestre 2025, **una riorganizzazione strutturale delle agende interne riferibili ad approfondimento diagnostico, controllo o follow-up**, calcolata in funzione del volume di pazienti in carico, della frequenza media dei *follow-up* e della specifica intensità assistenziale della branca, **programmati direttamente dallo specialista al momento della prima visita o successivi controlli**, evitando il passaggio improprio dal CUP e garantendo la tracciabilità della presa in carico.

Il sistema CUP aziendale verrà configurato per distinguere in modo omogeneo e vincolante le agende esterne, destinate a prime visite, ovvero quelle interne, riservate a controlli, con accesso consentito solo se correttamente codificato. L'efficienza operativa delle agende sarà oggetto, con estrazione automatizzata, di monitoraggio mensile da parte dell'Ufficio GLA, al fine di evitare fenomeni di *overbooking* indifferenziato e migliorare l'allineamento tra domanda e capacità produttiva.

### 2.A. Descrizione e sviluppo dei modelli di presa in carico nei vari contesti aziendali

Il modello organizzativo adottato dall'ASM Matera è orientato alla progressiva **transizione dalla logica della prestazione singola a quella della presa in carico continuativa**, in linea con il principio della continuità assistenziale, della responsabilità clinica condivisa e della riduzione della pressione impropria sui canali prenotativi.

In questa prospettiva, vengono sviluppati e implementati modelli di presa in carico differenziati per patologia, setting assistenziale e fragilità, attraverso strumenti già consolidati come i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), la gestione integrata territorio-ospedale e l'adozione di ambulatori dedicati *one-stop* nei casi ad alta complessità clinico-organizzativa.

I PDTA rappresentano il principale strumento di presa in carico strutturata per pazienti affetti da patologie croniche e complesse. L'ASM procederà, progressivamente, all'aggiornamento e attivazione dei PDTA aziendali, in linea con gli atti regionali, per il diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), neoplasie, pazienti fragili >75, disabilità complessa, malattie rare.

In tali percorsi, effettuata la prima visita specialistica, il paziente rientra in un **ciclo programmato di controlli, esami e valutazioni cliniche**, definito ex ante dal team multiprofessionale di cura. Le visite di follow-up sono programmate direttamente dall'équipe, evitando il ricorso ripetuto al CUP, riducendo la frammentazione assistenziale e favorendo la stabilità del percorso.

In merito alle patologie croniche stabilizzate, viene promosso il **modello della gestione integrata territorio-ospedale**, che affida al Medico di Medicina Generale (MMG) un ruolo attivo nella gestione dei controlli periodici e



del monitoraggio clinico, riducendo la pressione sugli ambulatori specialistici e garantendo prossimità assistenziale, contestualizzato da:

- protocolli condivisi di follow-up per patologie selezionate (ipertensione, BPCO lieve/moderata, dislipidemie, scompenso compensato);
- accesso al **teleconsulto specialistico** per il confronto clinico e la rivalutazione mirata;
- utilizzo del FSE per la condivisione degli esiti e della documentazione clinica in tempo reale.

Lo specialista ospedaliero garantisce rivalutazioni a cadenze predefinite ovvero in merito a riacutizzazione della patologia e sintomatologia riconducibile ad altro sospetto diagnostico, riconducendo nel percorso di prima visita. I percorsi sono formalizzati tramite **tavoli clinici multidisciplinari** permanenti, coordinati dalla Direzione Sanitaria Aziendale, CUP Manager e Responsabile UO Gestione MMG/PLS, con la partecipazione delle articolazioni specialistiche e delle rappresentanze dei MMG.

Per ridurre l'eccessivo frazionamento degli accessi e ottimizzare la permanenza del paziente nel sistema, vengono attivati **modelli ambulatoriali concentrati**, che permettono, ove clinicamente possibile, l'esecuzione in un'unica seduta di più atti diagnostici, valutativi o terapeutici — *e.g. ambulatori per il paziente oncologico con valutazione clinica, esami ematici e pre-chemioterapia nella stessa giornata, ovvero percorsi per il follow-up delle gravide a rischio, con integrazione di visita ostetrica, ecografia e consulenza nutrizionale, oppure ancora sessioni dedicate per pazienti con disabilità che integrano valutazione fisiologica, logopedica e psicologica in unica giornata.*

Tutti i modelli di presa in carico summentovati sono oggetto di revisione e aggiornamento annuale, e costituiscono parte integrante del Piano *de quo* e della programmazione DIOT.

## **2.B. Definizione dell'architettura dei profili di accesso al CUP per gli operatori e dei relativi ambiti di autonomia**

Il CUP Unico Regionale costituisce la piattaforma centrale per la gestione operativa dell'accesso alle prestazioni sanitarie e, pertanto, richiede una strutturazione chiara e regolata dei profili di utilizzo da parte degli operatori. L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, in coerenza con le previsioni regionali, ha definito un'**architettura funzionale dei profili di accesso**, finalizzata a differenziare ruoli, responsabilità e ambiti di autonomia, con l'obiettivo di ridurre i passaggi burocratici e garantire l'appropriatezza del percorso assistenziale, articolato in tre livelli.

Gli operatori CUP mantengono le funzioni di prenotazione generica e modifica o cancellazione delle prestazioni, secondo autorizzazioni gerarchiche definite.

A ciascun medico prescrittore di assistenza primaria viene attribuito un **profilo CUP dedicato**, abilitato alla **prenotazione diretta di prestazioni di prime visite**, correlate alle classi di priorità **U (urgente)** e **B (breve)**, ove disponibile, in cui il MMG o PLS può visualizzare le disponibilità in tempo reale e procedere alla prenotazione immediata della prestazione, consegnando al paziente un promemoria contenente data, sede e orario. Sono responsabili della corretta attribuzione della classe RAO e della verifica preliminare della compatibilità con i tempi standard.

L'accesso è limitato alle sole prime visite, e non consente la modifica o cancellazione di prenotazioni già attive, al fine di evitare passaggi successivi al CUP da parte dell'utente, ridurre i ritardi tra prescrizione e prenotazione, e rafforzare la responsabilità prescrittiva.

Gli specialisti ospedalieri e distrettuali sono abilitati, tramite profilo dedicato, alla **prenotazione diretta dei controlli successivi** per i pazienti già in carico, all'interno di agende dedicate denominate *follow-up*. Tali prenotazioni sono vincolate alla coerenza clinica con la prestazione erogata e al quesito diagnostico originario, e devono essere effettuate al momento della visita.

Tutti gli accessi al sistema CUP sono tracciati per operatore, con registrazione di data, ora, tipo di prestazione e azione effettuata. I profili vengono assegnati e verificati periodicamente con report aggregati, estratti dalla DWH.

### 3. Gestione della domanda

Il governo della domanda delle prestazioni specialistiche ambulatoriali passa necessariamente per la ricerca costante di un progressivo recupero dell'appropriatezza, declinata a tutti i livelli e in tutti gli ambiti: prescrittiva, organizzativa ed erogativa.

In tale direzione si rende necessario che tutti i medici prescrittori del territorio ed ospedalieri concorrano ad una prescrizione corretta non solo nell'osservanza delle norme, ma anche nel rispetto del paziente e degli altri medici coinvolti nel processo.

Conseguentemente, al fine di assicurare il governo della domanda delle prestazioni ambulatoriali questa Azienda, sono previste le seguenti azioni:

1. Accesso alle prestazioni ambulatoriali, finalizzato a garantire:
  - a. l'indicazione sistematica delle Classi di priorità su ogni prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, verificandone l'appropriatezza;
  - b. l'indicazione sulla ricetta del quesito diagnostico, utilizzando laddove possibile la codifica ICD9-CM (descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare le prestazioni e deve essere riferito all'insieme di prestazioni della ricetta), della prima visita o della prima prestazione strumentale, per il primo accesso, della visita di controllo o della prestazione strumentale di controllo, per gli accessi successivi e dei percorsi diagnostico terapeutici;
  - c. l'indicazione delle modalità di prenotazione e/o pagamento del ticket e/o ritiro dei referti per prestazioni da effettuare dalle proprie strutture, presso qualsiasi sportello, attivando modalità organizzative volte a minimizzare i disagi all'utente;
  - d. l'utilizzo del sistema CUP con gestione centralizzata di tutte le agende di prenotazione, da parte sia delle strutture aziendali sia di quelle private accreditate, visibili e differenti per il primo accesso e per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR che in regime ALPI, pena per il privato la risoluzione del contratto;
  - e. il potenziamento della funzione di richiamata (*recall*) per quelle prestazioni a maggiore criticità in termini di accessibilità, sia tramite l'utilizzo di strumenti automatici (ad esempio invio di sms al cittadino) che tramite specifici servizi di richiamata telefonica, secondo modalità uniformi e condivise;
  - f. una gestione flessibile delle agende di prenotazione (limitando il sottoutilizzo della capacità erogativa e massimizzando il rispetto del tempo massimo di attesa per classe)
  - g. agende visibili dai sistemi informativi regionali ed aziendali, diverse per il primo accesso e l'accesso successivo, suddivise per classi di priorità e differenziate per l'attività erogata a carico del SSR e quella in regime ALPI;
  - h. la presa in carico del paziente cronico nel rispetto di protocolli condivisi, garantendo altresì la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni di controllo;
2. l'implementazione di percorsi formativi per i MMG e PLS sulle dinamiche di formazione della domanda e dell'offerta, e sugli strumenti di ottimizzazione dell'uso delle risorse;
3. l'implementazione e lo sviluppo di percorsi formativi per il personale degli sportelli di prenotazione diffusi sul territorio;
4. l'integrazione tra i MMG e i PLS con gli specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri per definire ed ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici soprattutto per quelle patologie croniche di più frequente riscontro nella popolazione assistita (quali il diabete, l'ipertensione, le patologie invalidanti, le broncopneumopatie croniche ostruttive, l'asma, le forme neurologiche etc.), favorendo la partecipazione diretta nei processi di cura, secondo le linee guida ed i protocolli assistenziali che definiscono le competenze del MMG, del PLS e dello specialista, nell'ambito del monitoraggio del decorso cronico di tali patologie;
5. l'attivazione e lo sviluppo di un sistema strutturato per il monitoraggio del volume delle prescrizioni effettuate da ciascun medico prescrittore (MMG/PLS, medici ospedalieri e convenzionati interni) e del livello di appropriatezza delle prescrizioni dallo stesso effettuate. L'obiettivo è quello di predisporre sistematicamente e trasmettere con cadenza temporale prestabilita ai prescrittori un apposito report con l'indicazione della tipologia, del numero delle prestazioni ambulatoriali prescritte, distinte per classe di priorità, del costo complessivo delle prescrizioni specialistiche ambulatoriali effettuate, il consumo medio per assistito.
6. applicazione a tutti i cittadini di sanzioni amministrative:

- a. per governare il fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata disdetta della prenotazione, pari al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa per i cittadini non esenti (ai sensi dell'art.3 comma 15 del Dlgs n.124/1998) e anche per i cittadini esenti;
- b. per governare il fenomeno del "mancato ritiro dei referti" (oltre i 30 giorni dalla data della disponibilità del referto riportata dalla struttura erogante su apposito modulo), pari al pagamento del costo della prestazione per i cittadini esenti e non esenti (ai sensi dell'art. 1 comma 796 lettera r della L n.296/2006).

Sulla base dei dati storici e dei pattern epidemiologici noti (*e.g. aumento delle visite pneumologiche in autunno per riacutizzazioni respiratorie*), l'Azienda svilupperà **modelli predittivi semplificati**, utilizzabili per anticipare i picchi di richiesta e pianificare l'estensione dell'offerta nei periodi critici, attesi i volumi erogati e prescritti, ripartiti per classi di priorità e trimestre, riferibili alle annualità 2023 e 2024 e I trimestre 2025, al fine di stimare, in modalità proxy, la domanda per il II, III e IV trimestre 2025, valutare lo scostamento atteso rispetto alla capacità produttiva erogata e la pianificare le azioni operative di riallineamento tramite cronoprogramma Gantt.

La pianificazione proattiva riguarderà:

- programmazione anticipata di sedute aggiuntive;
- attivazione temporanea di agende serali o festive;
- estensione dei contratti interni o temporanei;
- coinvolgimento mirato delle strutture accreditate.

Tale approccio consentirà di ridurre il *mismatch* tra domanda e offerta, abbattendo il carico amministrativo e il rischio di sovra-saturazione delle agende istituzionali.

Accanto al recupero dell'efficienza, al fine di assicurare il governo dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali funzionale a garantire una risposta assistenziale adeguata e rispettosa dei tempi di attesa, questa Azienda, intende porre in essere le seguenti azioni di riequilibrio:

1. determinazione dell'offerta delle prestazioni che le strutture pubbliche e/o private accreditate devono erogare per soddisfare la domanda entro i tempi previsti dalla presente direttiva, anche sulla base del fabbisogno per ambito territoriale, definendo la percentuale di concorso delle strutture private ai volumi complessivi delle prestazioni nell'ambito del tetto contrattualizzato;
2. messa a disposizione del sistema CUP da parte di tutte le strutture private contrattualizzate con l'ASM delle proprie agende di prenotazione secondo il modello unico regionale, pena la risoluzione del contratto per il privato;
3. definizione di una specifica procedura per garantire ai cittadini residenti la possibilità di effettuare le prestazioni ambulatoriali in priorità, per le quali non sia rispettato il relativo tempo di attesa, presso gli specialisti dipendenti aziendali in regime di attività libero professionale ("percorsi di tutela");
4. potenziamento dell'offerta di prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali ricorrendo, oltre che alle strutture private accreditate contrattualizzate, a forme specifiche di riorganizzazione del lavoro e/o:
  - a. all'acquisto, sulla base di quanto stabilito nella contrattazione collettiva, di prestazioni libero professionali dal proprio personale sanitario dipendente (dirigenti, sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica) avvalendosi delle seguenti modalità:
    - i. prestazioni aggiuntive di cui al CCNL 2019-2021 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale;
    - ii. prestazioni aggiuntive di cui al CCNL 2019-2021 del personale del comparto sanità (infermieri e tecnici di radiologia) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale;
  - b. all'assunzione di personale a tempo determinato dedicato, attraverso le procedure di scorrimento delle graduatorie già in essere, con possibilità di provvedimenti dedicati all'abbattimento delle liste d'attesa delle prestazioni sanitarie mediante l'indizione di avvisi pubblici relativi al reclutamento, a tempo determinato, di specialisti, estesi anche a medici iscritti ai corsi di formazione specialistica, ovvero contratti di lavoro autonomo a personale dirigenziale sanitario in quiescenza;
  - c. attivazione, per il periodo di tempo necessario a ripristinare la gestione ordinaria delle attività ambulatoriali, di procedure per il completamento dell'orario dei medici, già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca, delle ore resesi disponibili e da assegnare, anche mediante frazionamento, per realizzare il completamento orario del tempo

- pieno (38 ore settimanali), ai sensi dell'art. 20 del vigente ACN, e nelle branche in cui si manifestano maggiori criticità;
- d. all'acquisto ed erogazione, eventualmente, di prestazioni ambulatoriali aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino l'eventuale partecipazione al costo, garantendo in ogni caso per le prestazioni erogate il rispetto del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale;
  5. adozione di modalità organizzative volte a organizzare l'offerta delle Agende anche nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali 20-24 dei giorni feriali, ai fini di aumentare la disponibilità dei servizi ambulatoriali e radiologici, con particolare riferimento alle grandi apparecchiature e alle prestazioni maggiormente critiche in termini di rispetto dei tempi massimi di attesa, anche attraverso il ricorso alle modalità ed agli istituti contrattuali ritenuti più opportuni tra quelli precedentemente riportati;
  6. riorganizzazione logistica della distribuzione delle grandi apparecchiature: in particolare, per le prestazioni che richiedano attrezzature di particolare complessità tecnologica, dovrà essere prestata particolare attenzione ai livelli di libera professione intramoenia, rimanendo nelle facoltà del Direttore Generale la scelta di ridurre o sospendere l'attività in regime di libera professione intramoenia anche a scopo di convogliare risorse, spazi ed attrezzature verso l'attività istituzionale ai fini di mantenere il rispetto dei tempi di attesa,
  7. accentramento della gestione delle Agende di prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili in regime SSR, ivi incluse quelle delle Strutture Sanitarie Private Accreditate, da effettuare esclusivamente mediante il Sistema Unico di Prenotazione Regionale ("*Cup Regionale*");
  8. adozione di misure di contrasto alla mancata disdetta della prenotazione (drop out), finalizzate a ridurre il fenomeno delle prestazioni prenotate e non eseguite, assai diffuso nella realtà aziendale, in grado, da un lato, di sensibilizzare l'utenza e favorire la tempestiva comunicazione in caso di disdetta e, dall'altro, di applicare i meccanismi sanzionatori previsti dalla normativa vigente. Tali azioni, da porre in essere in concomitanza con l'ottimizzazione del servizio di call center, front office e back office, sono riconducibili alle seguenti:
    - a. Potenziamento del servizio telefonico di richiamata - recall, di preappuntamento, finalizzato a ricordare agli utenti gli appuntamenti fissati e a semplificare le procedure per l'annullamento delle prenotazioni, con recupero degli eventuali spazi resisi disponibili, al fine di ottimizzare la capacità del sistema di garantire un'offerta entro i tempi massimi previsti;
    - b. Potenziamento del servizio telematico di modifica o disdetta di una prenotazione attraverso SMS o posta elettronica;
    - c. Applicazione, su base eccezionale, dell'overbooking presso le strutture distrettuali ed ospedaliere ambulatoriali, ovvero inserimento di prestazioni in extra numero su agende ordinarie, al fine di compensare le gli eventuali no show;
    - d. Eventuale utilizzo dell'Out Bound, ovvero chiamata attiva da parte dell'operatore del CUP, che può essere usato per rilevare con 24/48 ore di anticipo le slot non ancora prenotate in agenda al fine di effettuare lo scrolling (scorrimento) delle liste richiamando le persone prenotate per offrire un anticipo della data programmata, ciò consente di liberare posti più avanti e di garantire il 100% di utilizzo dei posti disponibili;
    - e. Campagne di sensibilizzazione dei cittadini.
    - f. Applicazione di sanzioni amministrative, di importo pari alla compartecipazione alla spesa prevista per i cittadini non esenti, agli utenti che non si presentino all'appuntamento e che non abbiano preannunciato l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata almeno 48 ore prima dell'appuntamento, ivi compresi i cittadini esenti, ai sensi dell'art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998.

La mancata presentazione o la disdetta intempestiva di una prestazione prenotata causano un danno rilevante alla collettività e in particolare a quegli utenti che sono in attesa di una prestazione sanitaria. Al riguardo, l'utente è tenuto ad arrivare in orario all'appuntamento prenotato. In caso di impossibilità a presentarsi ha l'obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 48 giorni prima della data prevista. Qualora un utente non si presenti all'appuntamento ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata sarà tenuto, anche se in possesso di esenzione, al pagamento di una sanzione pari al ticket della prestazione, fatte salve documentate situazioni eccezionali. Di tale sanzione all'utente deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione. (D. Lgs. 124/1998 art. 3 c.14-15).

L'ufficio Cassa ha il compito di effettuare i controlli relativi alle mancate disdette al fine di procedere, su autorizzazione della Direzione Amministrativa, ad eventuale recupero del credito o all'archiviazione del caso.



9. Pulizia delle liste, da realizzare anche attraverso lo strumento del recall, oltre che attraverso la verifica sulle piattaforme gestionali e/o sui supporti cartacei in uso negli ultimi anni, al fine di ottenere:
- numero utenti che desiderano rimanere in lista;
  - numero utenti che desiderano rimanere in lista e accettano la proposta di una sede alternativa;
  - numero utenti irreperibili > 5 volte;
  - numero utenti che rifiutano l'intervento (anche in sedi alternative);
  - numero utenti deceduti;
  - numero utenti che hanno già effettuato la prestazione.
- L'obiettivo finale dell'azione di pulizia delle Liste di Attesa è quello di mantenere in lista solo gli utenti attivi disponibili ad effettuare la prenotazione concordata, liberando in questo modo slot da utilizzare per altre prenotazioni.

L'esportazione dal Data WareHouse del monitoraggio dell'offerta e della domanda, sia per le strutture aziendali pubbliche che per le strutture private accreditate, automaticamente dal DWH, integrando i software gestionali del sistema regionale, sarà acquisito dall'Ufficio GLA. I report generati, analizzati dal CUP Manager, saranno forniti alla Direzione Sanitaria Aziendale. A tale dati, limitatamente per le singole UU.OO., saranno abilitati ciasun Direttore/Responsabile Unità Operativa.

Nelle more della predetta automazione, i sistemi informativi aziendali trasmetteranno il predetto report, con cadenza settimanale, al CUP Manager, al fine di analizzare i predetti *score*. L'Ufficio GLA, in esito alle relative abilitazioni in materia di DWH, strumenti di *governance* ed acquisizione di dati oltre che di strumenti di BI finalizzati all'elaborazione statistica, anche con STATA, elabora, con cadenza trimestrale, report di dettaglio.



#### 4. Piano delle azioni sull'appropriatezza prescrittiva

L'appropriatezza prescrittiva costituisce un asse portante del governo della domanda sanitaria e della sostenibilità dei tempi di accesso alle prestazioni. Una quota rilevante delle richieste registrate nei sistemi CUP risulta clinicamente non prioritaria o non conforme agli standard di evidence-based practice, con conseguente congestione dell'offerta istituzionale e utilizzo subottimale delle risorse.

Il recupero dell'appropriatezza prescrittiva deve essere favorito dall'implementazione del modello dei Raggruppamenti di attesa Omogenei – RAO. L'utilizzo dei RAO, infatti, consente di assegnare la corretta priorità all'effettuazione delle prestazioni, con importanti ritorni in termini di miglioramento delle liste di attesa, specie per le classi U e B.

Al fine di favorire il controllo sull'appropriatezza prescrittiva, il medico specialista, una volta eseguita la prestazione, dovrebbe riportare una valutazione/considerazione/indicazione sulla priorità assegnata dal medico prescrittore, trasmettendo su apposito modulo informatico o cartaceo, secondo le modalità da definire in capo al suddetto Comitato Aziendale per l'Appropriatezza prescrittiva, la conformità o meno della priorità indicata con le linee guida RAO e specificandone le motivazioni in caso di difformità prescrittiva. Appare indispensabile, pertanto, che i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, che rappresentano i principali prescrittori, siano parte attiva del governo delle liste di attesa. Gli Accordi Collettivi Nazionali dei MMG e PLS già prevedono agli art. 25 e 27 l'obbligo dei medici di attenersi alle norme di appropriatezza prescrittiva disponendo in caso di inadempienza specifiche sanzioni. Tali accordi non entrano, però, nel merito delle Classi di priorità e del codice di patologia. In particolare, si auspica che i gestionali messi a disposizione dei MMG e PLS, vengano implementati per le classi di priorità dai RAO del PRGLA e che prevedano inoltre l'utilizzo automatico della classificazione ICD9 per la diagnosi o sospetto diagnostico. Non potranno, altresì, essere emesse duplici prescrizioni per la medesima prestazione ambulatoriale, con classi di priorità differenti al solo fine di accelerare l'erogazione della prestazione in assenza di mutate indicazioni o necessità cliniche. Sono esclusi i casi in cui il prescrittore, indichi alla voce quesito diagnostico, le motivazioni che lo hanno indotto a discostarsi dal modello RAO per la priorità attribuita alla richiesta.

L'ASM Matera adotterà un **piano strutturato per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**, articolato in due macro-ambiti operativi, ergo azioni rivolte ai prescrittori territoriali ed attività trasversali di sistema, a livello interprofessionale e interaziendale.

##### 4.1. Attività con i prescrittori territoriali

###### a) Audit e feedback

Con cadenza trimestrale vengono condotti audit clinico-organizzativi su specifiche aree critiche, con analisi comparativa dei dati di prescrizione e discussione collegiale tra MMG/PLS e specialisti di branca. Gli audit si concentrano in particolare su:

- utilizzo delle classi RAO urgenti (U/B);
- prescrizione di esami diagnostici complessi (TC, RMN, ecocolordoppler);
- ripetitività di richieste a basso valore aggiunto.

Al termine di ciascun audit viene prodotto un report sintetico condiviso con i Direttori dei Distretti Sanitari, che riporta indicatori individuali e di gruppo, con proposta di miglioramento, da trasmettere al CUP Manager.

###### b) Formazione residenziale e FAD

È prevista l'organizzazione di **eventi formativi ECM** obbligatori per i prescrittori, articolati in moduli tematici su:

- criteri clinici di appropriatezza per le principali branche specialistiche;
- normativa vigente in materia di prescrizione e tempi di attesa;
- utilizzo corretto del nomenclatore regionale e del sistema RAO;
- casi clinici interattivi ad alto impatto prescrittivo.

I corsi sono erogati in modalità blended (residenziale e FAD), con tracciamento delle partecipazioni e inserimento nei piani formativi individuali.

### c) Contrattazione e impegno formale

In sede di accordi integrativi regionali/locali - ACN, sarà prevista la **sottoscrizione di impegni prescrittivi vincolanti** da parte dei MMG, PLS e specialisti convenzionati, in cui si specificano le percentuali massime ammissibili per classi U/B/D e gli ambiti prestazionali soggetti a controllo. I dati prescrittivi individuali saranno considerati tra gli elementi valutativi ai fini dell'attribuzione degli incentivi economici, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

## 4.2. Attività trasversali

L'appropriatezza prescrittiva non può essere perseguita esclusivamente attraverso interventi diretti sui singoli professionisti, ma richiede un'azione trasversale, sistemica e interprofessionale, fondata sul confronto continuo tra ambiti clinici diversi, sulla coerenza tra prescrizione ed erogazione, e sulla piena integrazione del sistema pubblico con i soggetti accreditati. L'ASM Matera, in attuazione del PNGLA 2025–2027 e del PRGLA, attiva un **piano integrato di azioni trasversali per l'appropriatezza**, con l'obiettivo di allineare i comportamenti prescrittivi alle reali esigenze assistenziali della popolazione e di garantire una gestione equa e sostenibile dell'accesso.

### a) Tavoli tecnici prescrittori/erogatori

Saranno istituiti tavoli aziendali permanenti tra prescrittori (territoriali e ospedalieri) ed erogatori, coordinati dalla Direzione Sanitaria, con il compito di:

- aggiornare i criteri locali di appropriatezza;
- valutare la coerenza tra prescrizione e disponibilità reale;
- individuare soluzioni condivise per la gestione dei picchi di inappropriatezza.

I tavoli operano per aree cliniche (cardiologia, pneumologia, diagnostica, diabetologia) e sono convocati con cadenza almeno trimestrale. Le rilevanzie prodotte saranno trasmesse al CUP Manager.

### b) Tavoli interaziendali

L'Azienda partecipa, su convocazione regionale, ai **tavoli interaziendali per l'appropriatezza prescrittiva**, condividendo dati aggregati, criticità operative e strumenti formativi con le altre aziende del SSR Basilicata. L'obiettivo è la **uniformità dei comportamenti prescrittivi**, l'elaborazione di percorsi clinici regionali integrati e la definizione di standard comuni per le principali prestazioni traccianti. I referenti aziendali, designati dalla Direzione Sanitaria Aziendale, comprendono il CUP Manager, rappresentanti della medicina territoriale, specialisti ospedalieri e responsabili dei sistemi informativi.

### c) Coinvolgimento delle strutture private accreditate

Le strutture sanitarie accreditate, in quanto soggetti parte della rete di erogazione, in coerenza con la DGR 329/2023 sono pienamente coinvolte nelle politiche aziendali e regionali sull'appropriatezza. Viene richiesto loro di:

- attenersi alle indicazioni cliniche e organizzative previste nei percorsi prescrittivi standardizzati;
- segnalare formalmente flussi prescrittivi anomali o richieste clinicamente incoerenti;
- astenersi dall'erogare prestazioni diagnostiche di secondo livello in assenza di indicazione specialistica appropriata.

Tutti i referti prodotti dalle strutture accreditate devono riportare l'indicazione clinica alla base della prestazione, la classe RAO e, se disponibile, il riferimento al percorso condiviso (es. PDTA, algoritmo decisionale regionale). In caso di reiterate anomalie, la Direzione Sanitaria Aziendale, di concerto con il CUP Manager e la Direzione Amministrativa, può disporre la revisione dei volumi assegnati o la sospensione delle prestazioni coinvolte.

### d) Analisi sistematiche e strumenti di indirizzo

L'Azienda implementerà, su base progressiva, il modello **RAO – Raggruppamenti di Attesa Omogenei**, quale sistema avanzato di definizione della priorità clinica, che consente una **stratificazione più precisa della classe D** (differibile) e un miglioramento del matching tra urgenza clinica e tempo di attesa. I prescrittori vengono formati all'utilizzo corretto dei criteri RAO mediante moduli dedicati e strumenti di decision-making guidato all'interno del sistema CUP.

L'adozione piena dei RAO consente di ridurre il ricorso improprio alle classi U e B, di migliorare la coerenza temporale dell'accesso e di rafforzare la legittimità clinica delle priorità assegnate. I dati RAO vengono integrati nei flussi CUP e analizzati con cadenza bimestrale per identificare distorsioni e attivare eventuali percorsi di audit.

L'Azienda consolida l'azione del **Comitato Aziendale per l'Appropriatezza Prescrittiva**, organismo tecnico permanente con funzioni di:

- analisi periodica dei dati di inappropriatezza, emersi da audit, monitoraggi CUP e indicatori RAO;
- proposta di interventi correttivi mirati (formazione individualizzata, revisione algoritmi, ridefinizione percorsi prescrittivi);
- valutazione dell'efficacia delle misure adottate e degli impatti sulla domanda assistenziale.

Il Comitato fornisce ai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali ed al CUP Manager, mensilmente, una **relazione tecnica sull'appropriatezza prescrittiva aziendale**.

## 5. Trasparenza e comunicazione

La trasparenza costituisce un principio trasversale fondamentale del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e delle politiche regionali di accesso, in quanto garanzia di equità, accountability e partecipazione attiva della cittadinanza. La qualità percepita del sistema di prenotazione e la fiducia nelle istituzioni sanitarie dipendono anche dalla disponibilità e intelligibilità delle informazioni, dalla possibilità di monitorare le performance e dalla chiarezza delle modalità di accesso.

L'ASM Matera, in ottemperanza agli **Allegati G, H, I al PNGLA 2025 - 2027** e al PRGLA Basilicata, implementa un **modello integrato di trasparenza pubblica**, in linea con gli standard definiti da AGENAS e con gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

L'Azienda attiva, tramite Direzione Strategica Aziendale, Ufficio GLA e URP, una **campagna permanente di informazione** orientata a:

- orientare e comunicare il glossario per il cittadino in materia di liste di attesa — allegato I al PNGLA 2025 - 2027;
- illustrare il significato dei tempi standard previsti dal PNGLA;
- promuovere il ruolo del Medico di Medicina Generale come primo interlocutore clinico;
- sensibilizzare sulla necessità di disdire tempestivamente gli appuntamenti non più necessari.

La campagna prevede la diffusione di comunicati informativi social e presso CUP ovvero Presidi, con pubblicazioni periodiche sui canali aziendali. Gli strumenti sono modulati secondo target specifici, ergo anziani, caregiver, giovani adulti, soggetti fragili.

### a) Sito web aziendale: struttura e contenuti

In applicazione delle **Linee di Indirizzo "Requisiti e Monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa sui siti web di Regioni, Province Autonome e Aziende Sanitarie" - Allegato G, PNGLA 2025 - 2027**, il sito istituzionale dell'ASM viene strutturato per garantire la massima accessibilità e aggiornamento dei dati. Nella sezione dedicata vengono pubblicati, con aggiornamento mensile,

#### i. per finalità di trasparenza

- **Programma Attuativo Aziendale (PAA)** con relativa delibera di adozione, pubblicati in formato pdf accessibile scaricabile dall'utente e facilmente raggiungibili attraverso un link disponibile;
- **Dati riferiti al monitoraggio ex ante** riferiti all'ASM - rimandando al link regionale, ovvero popolando ai sensi del paragrafo 3.1.1 dell'Allegato G, PNGLA 2025 - 2027;
- **Pubblicazione di un "dato storico"** ex ante, riferito all'anno precedente la consultazione, in materia di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA, relativa alle classi di priorità B, D e P (B=10 gg, D=30 gg per visite - 60 gg per esami diagnostici, P= 120gg);
- **Ambiti di garanzia** individuati;
- **Percorsi di tutela** disponibili;
- **Guida alla lettura** dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino con particolare riferimento al significato di:
  - Percentuale di garanzia ex ante
  - Media/Valore mediano dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, per classe di priorità;
  - Percorso di tutela

- Ambito di garanzia.

- ii. i canali disponibili per la prenotazione;
- iii. le modalità per disdire o modificare un appuntamento;
- iv. i report trimestrali sintetici delle attività di monitoraggio e miglioramento.



