

REGIONE DEL VENETO



**ULSS2**  
MARCA TREVIGIANA

Piano Attuativo Aziendale  
di Governo delle Liste di Attesa

2019-2021

# INDICE

1. Premessa	
1.1 Il contesto territoriale.....	pag. 3
1.2 La gestione delle liste di attesa.....	pag. 3
2. Analisi della domanda e dell'offerta.....	pag.5
3. Il Governo della domanda e dell'offerta.....	pag.8
3.1 Attività per il governo dell'offerta di prestazioni ambulatoriali.....	pag.8
3.2 Attività per il governo di prestazioni di ricovero ospedaliero.....	pag.11
3.3 Attività per il governo della domanda di prestazioni ambulatoriali.....	
3.4 Attività per il governo della domanda di prestazioni di ricovero ospedaliero	
4. Verifica e Monitoraggio del programma attuativo aziendale.....	pag.12
5. Informazione e Comunicazione sulle liste di attesa.....	pag.13

## **1. PREMESSA**

### **1.1 Il contesto territoriale**

L'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana è stata costituita con Legge Regionale n.19 del 25 ottobre 2016 dall'incorporazione delle sopresse ULSS n. 7 (oggi distretto di Pieve di Soligo) e ULSS n. 8 (oggi distretto di Asolo) nella ex azienda ULSS n. 9 di Treviso (che presenta al suo interno i due distretti di Treviso Nord e Treviso Sud).

Oggi l'Azienda copre l'intera provincia di Treviso con una popolazione assistita pari a 887.806 abitanti (dato al 31/12/2018), distribuiti in un territorio di 2497 kmq suddiviso in 94 comuni.

L'assistenza ospedaliera è garantita nella provincia da un presidio ospedaliero con funzione di centro hub (Treviso), da 4 presidi ospedalieri spoke ( Conegliano, Vittorio Veneto, Castelfranco e Montebelluna) e da 1 presidio ospedaliero nodo di rete (Oderzo). Sono poi presenti nel territorio dell'ULSS2 altre 3 strutture private accreditate con attività ospedaliera e l'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione (ORAS). Attualmente opera all'interno del territorio aziendale anche una sezione dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV).

### **1.2 La Gestione delle liste di attesa**

Con deliberazione della giunta regionale n. 479 del 23 aprile 2019 la Regione Veneto ha recepito il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), ad eccezione dell'allegato C (Procedura gestionale del modello RAO).

I principi generali e le specifiche linee di intervento individuati dal nuovo PNGLA erano già attuati dalle normative regionali attraverso:

- legge regionale n. 19/2016, in particolare all'articolo 28, la "Riduzione delle liste di attesa";
- legge regionale n. 30/2016, in particolare l'articolo 38 "Interventi per il governo delle liste di attesa";
- legge regionale n. 48/2018 "Piano socio sanitario regionale 2019-2023

Con deliberazione della giunta Regionale n. 1164 del 6 agosto 2019 è stato infine adottato il Piano Regionale del Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) con il quale viene definito un percorso "finalizzato a garantire un equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri".

Con tali premesse è indubbio che la gestione delle liste di attesa costituisca per le aziende sanitarie una problematica importante, non solo per gli evidenti aspetti di tutela della salute ad essa collegati, ma anche per i risvolti mediatici spesso presenti e per l'effetto che, assieme ad altri aspetti dell'assistenza sanitaria, contribuisce a creare in tema di fiducia del cittadino verso il Sistema Sanitario Nazionale.

Problematica sì, ma anche importante sfida organizzativa per le aziende sanitarie, che devono confrontarsi con il cambiamento dell'utenza (soprattutto per quel che riguarda l'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento delle patologie croniche che richiedono alle organizzazioni sanitarie una sempre più puntuale presa in carico del paziente), lo sviluppo tecnologico e terapeutico (che, per prestazioni erogate dal sistema sanitario pubblico deve essere disponibile a tutti), la necessaria attenzione alle risorse disponibili sia materiali che umane.

Le azioni richieste per il governo delle liste di attesa sono sostanzialmente riconducibili a tre diverse tipologie:

- governo dell'offerta di prestazioni
- governo della domanda di prestazioni
- corretta informazione e comunicazione

A queste, per cercare di assicurare le tempistiche richieste dai prescrittori nel rispetto di criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate ma anche di attenta gestione delle risorse umane e tecnologiche a disposizione, deve naturalmente affiancarsi una costante azione di monitoraggio dei programmi attuativi aziendali, attività questa che si esplica principalmente attraverso l'operato di un apposito Tavolo di Monitoraggio, così come previsto dalla DGR 320/2013.

## 2. ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA (dati riferiti al 2018)

Nel 2018 l'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana ha erogato quasi 10 milioni di prestazioni ambulatoriali per esterni (SSN/SSR): circa 7 milioni di prestazioni di laboratorio, oltre 1,5 milioni di prestazioni nelle branche a visita, circa 0,5 milioni di prestazioni di medicina fisica e riabilitativa e altrettante di radiologia diagnostica

**Tabella 1.1: Prestazioni ambulatoriali onere SSN Erogate dall' ULSS 2 nell'Anno 2018, per macroarea e tipo ente erogante (dati Controllo di Gestione ULSS 2)**

MACROAREA	STRUTTURE EROGANTI		
	Strutture Pubbliche	Strutture Accreditate	TOTALE per Macroarea
Branche a visita	1.382.213	136.138	<b>1.518.351</b>
Laboratorio	6.942.225	243.423	<b>7.185.648</b>
Medicina Fisica e Riabilitativa	320.951	223.323	<b>544.274</b>
Radiologia-Radiodiagnostica	382.202	130.476	<b>512.678</b>
<b>TOTALE</b>	<b>9.027.591</b>	<b>733.360</b>	<b>9.760.951</b>

Di quest'attività, agli assistiti dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana sono state erogate circa 7,7 milioni di prestazioni ambulatoriali per esterni (SSN/SSR): circa 5,5 milioni di prestazioni di laboratorio, oltre 1,2 milioni di prestazioni nelle branche a visita, circa 430.000 prestazioni di medicina fisica e riabilitativa così come di radiologia diagnostica.

**Tabella 1.2: Prestazioni ambulatoriali onere SSN Erogate ad Assistiti ULSS 2 nell'Anno 2018, per macroarea e tipo ente erogante (dati Controllo di Gestione ULSS 2)**

MACROAREA	STRUTTURE EROGANTI			
	Strutture Pubbliche	Strutture Accreditate	Mobilità Passiva interregionale	TOTALE per Macroarea
Branche a visita	981.426	123.858	158.956	<b>1.264.240</b>
Laboratorio	5.027.435	218.680	321.487	<b>5.567.602</b>
Medicina Fisica e Riabilitativa	198.704	213.076	20.634	<b>432.414</b>
Radiologia-Radiodiagnostica	289.909	121.231	25.971	<b>437.111</b>
<b>TOTALE</b>	<b>6.497.474</b>	<b>676.845</b>	<b>527.048</b>	<b>7.701.367</b>

**Tabella 1.3: Prestazioni ambulatoriali onere SSN Erogate ad Assistiti ULSS 2 nell'Anno 2018, per macroarea e tipo ente erogante (%)**

MACROAREA	STRUTTURE EROGANTI			
	Strutture Pubbliche	Strutture Accreditate	Mobilita' Passiva interregionale	TOTALE per Macroarea
Branche a visita	12,7%	1,6%	2,1%	<b>16,4%</b>
Laboratorio	65,3%	2,8%	4,2%	<b>72,3%</b>
Medicina Fisica e Riabilitativa	2,6%	2,8%	0,3%	<b>5,6%</b>
Radiologia-Radiodiagnostica	3,8%	1,6%	0,3%	<b>5,7%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>84,4%</b>	<b>8,8%</b>	<b>6,8%</b>	<b>100%</b>

Per quanto riguarda la domanda di specialistica ambulatoriale, questa viene misurata comunemente considerando il numero di prestazioni specialistiche erogate alla popolazione residente ogni 1000 abitanti, escluso il laboratorio (per il quale non vi sono tempi di attesa), le prestazioni di controllo e quelle di screening.

Nel 2018 il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali per 1.000 abitanti, come sopra definito, è stato rispettivamente:

- 2.343 prestazioni/1.000 abitanti (Distretti 1 e 2 Treviso)
- 2.714 prestazioni/1.000 abitanti (Distretto 3, Pieve di Soligo)
- 2.490 prestazioni/1.000 abitanti (Distretto 4, Asolo)

E' evidente una differenza tra il Distretto di Pieve di Soligo e gli altri Distretti che è ascrivibile in particolare alle branche di Medicina fisica e Riabilitazione , Oculistica, Ortopedia e Oncologia (come evidenziato dalla successiva tabella 1.4) : tale dato trova probabilmente giustificazione nel fatto che in tale territorio pedemontano, costituito per lo più da piccoli comuni a prevalente vocazione agricola, è presente un maggior numero di popolazione anziana più soggetta a patologie croniche che comportano un maggior carico assistenziale da parte della struttura sanitaria.

**Tabella 1.4: N. Prestazioni per 1.000 abitanti ULSS 2 per Branca e Distretti**

<b>Indicatore</b>	<b>Treviso</b>	<b>Pieve di Soligo</b>	<b>Asolo</b>
00.Branca Generica	158,52	160,13	195,40
08.Cardiologia	196,15	180,27	178,11
09.Chirurgia generale	61,83	60,32	45,80
12.Chirurgia plastica	7,80	20,41	4,10
14.Chirurgia vascolare - angiologia	52,33	44,51	83,19
19.Endocrinologia	56,24	44,27	67,62
29.Nefrologia	99,23	104,19	125,10
30.Neurochirurgia	5,99	15,49	6,78
32.Neurologia	54,45	35,92	61,77
34.Oculistica	186,88	207,92	170,37
35.Odontostomatologia chirurgia maxillofacciale	40,54	41,77	75,63
36.Ortopedia e traumatologia	83,43	115,06	88,22
37.Ostetricia e ginecologia	87,69	108,64	101,10
38.Otorinolaringoiatria	114,41	95,66	103,79
40.Psichiatria	38,97	56,29	30,52
43.Urologia	52,82	58,43	40,81
52.Dermosifilopatia	166,11	79,06	97,74
56.Medicina fisica e riabilitazione	489,26	793,50	682,67
58.Gastroenterologia - chirurgia ed endoscopia digestiva	68,50	71,58	80,15
61.Medicina Nucleare	12,40	14,58	11,24
64.Oncologia	46,46	119,49	64,15
68.Pneumologia	47,38	40,48	57,63
69.Radiologia Diagnostica	577,52	562,50	545,20
70.Radioterapia	55,99	42,42	49,71
82.Anestesia	18,18	14,28	19,99
99.Branca visite	0,01	.	0,00
03.Laboratorio	8.302,67	7.483,09	8.313,71
Branca: Non Indicata	0,18	3,48	0,36
Branca: Codice Errato	0,43	0,19	0,33

### 3. IL GOVERNO DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA

L'Azienda ULSS 2 è costantemente impegnata nel cercare di garantire i tempi di attesa richiesti dalla Regione Veneto sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle in regime di ricovero, secondo le tempistiche indicate dalla L.R. 30/2016 e confermate dal PRGLA 2019-2021:

- prestazioni ambulatoriali (primo accesso)

Classe U	Entro 24 ore dalla prenotazione
Classe B (breve)	Entro 10 giorni dalla prenotazione
Classe D (differibile)	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe P	Entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore

- Prestazioni in regime di ricovero (intervento chirurgico)

Classe A	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe B	Entro 60 giorni dalla prenotazione
Classe C	Entro 90 giorni dalla prenotazione
Classe D	Entro 180 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore
Classe E	Almeno entro 12 mesi

Per raggiungere un obiettivo così complesso ed ambizioso è necessaria una perfetta integrazione tra tutte le diverse fasi che concorrono al processo, a partire quindi da una corretta prescrizione per finire ad una costante attività di monitoraggio da parte della Direzione Strategica, passando necessariamente attraverso le fasi intermedie della prenotazione, dell'erogazione e della presa in carico successiva del paziente. Le azioni necessarie vanno quindi ricomprese nella gestione dell'offerta, della domanda, della comunicazione e trasparenza, del monitoraggio.

#### 3.1 Attività per il governo dell'offerta di prestazioni ambulatoriali

- Le agende di prenotazione presenti nell'ULSS 2 a disposizione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) front office o telefonico, tutte informatizzate, sono al momento fruibili esclusivamente a livello distrettuale (territorio quindi coincidente con le tre ex ULSS), nell'attesa che venga realizzata da parte della Regione una loro gestione unitaria ed omogenea su tutto il territorio regionale. Per ovviare a questo, rendendo il più possibile flessibile l'accesso da parte degli utenti alla prenotazione della prescrizione prescritta e nel contempo rispettare la tempistica indicata, il personale afferente al CUP Manager per il governo delle liste di attesa è già stato messo nella condizione di poter utilizzare tutti i diversi gestionali di prenotazione presenti in azienda, migliorando così l'interoperabilità tra

i diversi distretti per procedere alla riallocazione di pazienti in lista di galleggiamento, offrendo disponibilità presenti al di fuori del distretto di residenza.

Le agende informatiche naturalmente non devono essere rigide ma rimodulate in base alle criticità presenti: per ottenere il massimo risultato è necessario un monitoraggio tempestivo delle variazioni del rapporto domanda-offerta.

Devono essere implementati i servizi telematici che permettono all'assistito di cancellare la prenotazione H24, non solo per un principio di agevolazione dell'utenza ma anche per una pronta messa a disposizione di altri utenti di disponibilità venutesi a creare.

La garanzia della prioritizzazione deve essere assicurata ai residenti nell'ULSS 2 e a quanti risiedono in territori per i quali alcune strutture specialistiche aziendali rivestono il ruolo di centro Hub.

- La lista di galleggiamento (altrimenti detta di pre-appuntamento), già in uso nell'ULSS 2 presso i distretti di Treviso e Asolo, rimane valida come strumento di presa in carico del paziente per consentire all'Azienda di attivare tutte quelle misure atte alla erogazione della prestazione richiesta entro la tempistica corrispondente alla classe di priorità. Attualmente è già a sistema il rilascio di promemoria per l'utente riportante data contatto con l'azienda e numero di pre-appuntamento. Per ridurre invece il tempo di permanenza dell'utente in lista di galleggiamento, così come richiesto dal PRGLA (48 ore lavorative per le prestazioni con classe di priorità B e 4 giorni lavorativi per le prestazioni con classe di priorità D o P) è in atto un progetto di riorganizzazione interna in tema di risorse di personale dedicato alla attività di riprogrammazione della prenotazione e nuovo contatto con l'utente per completare la prenotazione precedentemente sospesa.
- Lo sviluppo del sistema CUP-online e dell'accesso alla prenotazione anche attraverso le Farmacie di comunità (progetto Farmacup), strumenti questi già presenti nel territorio dell'ULSS 2 ma utilizzabili solo in modo parziale, deve rappresentare una ulteriore opportunità per gestire al meglio l'offerta di prestazioni ambulatoriali soprattutto per quel che riguarda l'accessibilità alla prenotazione da parte dell'utenza. La piena attuazione del progetto Farmacup in particolare, consentendo la prenotazione di tutte le prestazioni specialistiche rientranti nei LEA e il ritiro referti costituirà un indubbio vantaggio soprattutto per l'utenza più anziana residente nei centri più piccoli e per questo lontani dalle sedi CUP front office, tipologia di popolazione questa che vede nella farmacia il presidio sanitario più comodo e capillarmente diffuso.
- L'apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali (fascia oraria 20-23) e durante il fine settimana, offerta già presente nel territorio dell'ULSS 2 e che prevede l'adesione anche di alcune strutture private accreditate, va incrementata con l'obiettivo di offrire all'utente una sempre migliore accessibilità alle prestazioni sanitarie.
- L'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini è stato oggetto di recente ricognizione da parte dell'ULSS 2, al fine di aumentare la potenzialità operativa

delle RM e delle TC, dato che gran parte delle problematiche legate ai tempi di attesa sono da ricondursi proprio a tale ambito. L'obiettivo è quello di arrivare, nel corso del periodo di validità del piano, ad un utilizzo pari ad almeno l'80% delle loro potenzialità. E' comunque già in atto un processo di costante miglioramento tecnologico delle apparecchiature presenti nel territorio provinciale e di potenziamento dell'offerta, grazie all'acquisto di una RM aggiuntiva per il distretto di Treviso.

- La definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche costituisce senza ombra di dubbio una delle azioni più importanti per il governo dell'offerta ambulatoriale. In quest'ottica l'accordo contrattuale sottoscritto annualmente con le strutture private accreditate per definire l'utilizzo del budget ad esse conferito dalla Regione Veneto costituisce un momento importante di programmazione sanitaria. Sono previsti durante l'anno periodici incontri della direzione aziendale con le direzioni dei vari centri privati accreditati per monitorare il corretto andamento dell'erogazione delle prestazioni e valutare l'opportunità di eventualmente rimodulare quanto inizialmente concordato, dato il possibile verificarsi nel corso dell'anno di diverse variabili che possono modificare il fabbisogno richiesto. In base al continuo monitoraggio del bilancio tra domanda e offerta, la Direzione Aziendale potrà richiedere alla Regione la concessione di quote di extra budget in favore di strutture private accreditate per singole branche specialistiche, valutando anche le criticità presenti nei diversi distretti.
- L'acquisto ed erogazione di prestazioni aggiuntive in regime libero professionale da parte del personale dipendente, ad integrazione dell'attività istituzionale, va prevista come importante strumento cui può ricorrere l'Azienda Sanitaria per ridurre i tempi di attesa per le prestazioni che risultano critiche. Anche per gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) è prevista la possibilità che possano contribuire al rispetto dei tempi di attesa attraverso attività aggiuntiva concordata con l'azienda. Per il talora indispensabile supporto alla attività medica verranno predisposte specifiche progettualità in favore del personale del comparto a remunerazione di prestazioni programmate al di fuori dell'orario istituzionale. Per aumentare l'offerta in occasione di sbilanciamento nei confronti della domanda, soprattutto in caso di imprevista carenza di personale medico con importanti problematiche inerenti l'erogazione di prestazioni critiche, si predisporranno contratti a tempo determinato con liberi professionisti previa valutazione del curriculum e colloquio.
- La presa in carico del paziente cronico, lo sviluppo di dedicati percorsi paziente aziendali e l'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) andranno ad integrare l'offerta specialistica dedicata all'utenza, al fine di garantire per ciascun bacino di riferimento la possibilità di erogare i servizi in modo flessibile e con maggior grado di personalizzazione. Ulteriore azione prevista è il perfezionamento della gestione delle visite di controllo cardiologica, urologica e oncologica (come richiesto dalla Regione Veneto) attraverso un miglioramento della presa in carico da parte delle singole unità operative.

### **3.2 Attività per il governo dell'offerta di prestazioni di ricovero ospedaliero**

- Con lo scopo di dare piena attuazione alla normativa vigente è stata programmata la costituzione di un gruppo di lavoro aziendale per la revisione delle indicazioni operative per i registri di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili. Si attiverà un piano di monitoraggio con la possibilità di implementare l'offerta in quei settori, particolarmente in ambito oncologico, in cui dovessero manifestarsi criticità.

### **3.3 Attività per il governo della domanda di prestazioni ambulatoriali**

L'introduzione della ricetta dematerializzata (DEMA) ha permesso all'Azienda una attività sistematica e continuativa di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva e ha favorito l'utilizzo sistematico da parte dei diversi prescrittori della classe di priorità per i primi accessi, l'indicazione della temporizzazione per i controlli e la presenza del quesito diagnostico. Il CUP aziendale non procede alla prenotazione di prestazioni la cui richiesta non presenti tali informazioni.

Il costante monitoraggio della appropriatezza prescrittiva dovrà prevedere più regolari e strutturati incontri di restituzione (feedback) della reportistica ottenuta ai vari prescrittori: specialisti ospedalieri (con la collaborazione delle Direzioni Mediche), specialisti ambulatoriali interni (con la collaborazione delle direzioni di distretto), medici di medicina generale (con la collaborazione delle Cure Primarie). Attualmente sono già stati programmati incontri periodici per la valutazione della appropriatezza prescrittiva per alcune prestazioni critiche con i coordinatori di alcune Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e gruppi di medici di medicina generale.

Azioni previste sono: il miglioramento nella condivisione con i prescrittori degli standard regionali di prioritarizzazione attualmente presenti, la stesura di flow chart per la corretta prescrizione di alcune prestazioni critiche (già approntata quella riguardante la prescrizione di RM per pazienti over 65 anni), analisi delle DEMAs per individuare aree di criticità relative alla appropriatezza prescrittiva su cui intervenire.

### **3.4 Attività per il governo della domanda di prestazioni di ricovero ospedaliero**

In tale ambito le azioni che si rendono necessarie sono:

- l'aggiornamento dei criteri di assegnazione delle classi di priorità a livello aziendale per specialità
- la predisposizione di criteri omogenei per la creazione delle liste operatorie, finalizzati al rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici programmati.

#### 4. VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE

- Il Tavolo di monitoraggio aziendale, previsto dalla DGR 320/2013 e successivamente dalle Leggi Regionali 30/2016 e 48/2018, è stato istituito nell'azienda ULSS 2 con Delibera del Direttore Generale 1262/2017 e successivamente rivisto e integrato nella sua composizione con Delibera del Direttore Generale n. 625/2019.

Presieduto dal Direttore Sanitario, vede tra i suoi componenti il Direttore Medico responsabile della funzione ospedaliera, il coordinatore dei Direttori di Distretto, Il Cup Manager, i rappresentanti dei medici dipendenti e dei medici convenzionati, i rappresentanti degli erogatori privati, i rappresentanti delle associazioni degli utenti.

Scopo di tale organismo è verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'andamento dell'offerta aziendale, sia ospedaliera sia di specialistica ambulatoriale, nonché quella degli erogatori privati accreditati, consentendo la modulazione della stessa anche attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali all'uopo previsti.

A supporto dell'attività del tavolo di monitoraggio sono previsti anche gruppi di lavoro più ristretti, per la stesura di documenti condivisi finalizzati ad uniformare a livello aziendale i comportamenti prescrittivi relativamente alla appropriatezza dei percorsi diagnostici ed ai criteri di attribuzione delle classi di priorità.

E' prevista la trasmissione degli esiti dell'attività del tavolo di monitoraggio ogni tre mesi all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

- Per quel che riguarda il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali è previsto con regolare cadenza settimanale l'incontro della Direzione Strategica con i Direttori di Distretto, i Direttori Medici, il CUP Manager e il Responsabile della Attività Specialistica. Durante tale incontro vengono valutate le criticità presenti in tale ambito, viene esaminata la reportistica informatizzata presente in azienda sulle prestazioni in lista di galleggiamento, si esamina la variabilità dell'offerta predisponendo anche le possibili contromisure (libera professione d'azienda, plus orario specialisti ambulatoriali interni, variazioni dell'offerta da parte di strutture private accreditate).
- Per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri è previsto:
  - l'utilizzo di reportistica mensile sul rispetto dei tempi d'attesa massimi per gli interventi chirurgici oncologici (per tutte le classi di priorità) e non oncologici (classi di priorità A + B), con la programmazione di verifiche interne in caso di mancato rispetto dei tempi d'attesa;
  - verifiche della corretta assegnazione della classe di priorità
  - verifica del percorso di inserimento in lista di attesa.
- Il Nucleo Aziendale di Controllo (NAC), in base alla DGR n. 1191/2016, ha il compito di vigilare sull'attività del Responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta

gestione, verificare il rispetto dei principi di equità, trasparenza e efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso, trasmettere al Tavolo di Monitoraggio Aziendale le eventuali criticità riscontrate.

L'attività di verifica verrà descritta in un documento definito dal NAC e condiviso con il Tavolo di Monitoraggio Aziendale e con il Responsabile dei Registri e allegato al Piano dei controlli.

## **5. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE SULLE LISTE DI ATTESA**

Particolare importanza nella gestione delle liste di attesa riveste la promozione di una sempre maggiore informazione dell'utenza e comunicazione con essa alla luce di una sempre maggiore trasparenza.

Per raggiungere questi obiettivi l'Azienda affianca ai consueti canali comunicativi (il sito internet aziendale, la Carta dei Servizi, locandine ed opuscoli cartacei, incontri con le organizzazioni sindacali degli utenti, incontri con Sindaci e Consigli Comunali, partecipazione a trasmissioni radiofoniche e televisive dedicate alle problematiche relative ai tempi di attesa, interventi sulla stampa locale) l'utilizzo di quanto offrono in tema di diffusione dei messaggi gli attuali social network. Molte di queste comunicazioni vengono gestite direttamente dall'Ufficio Stampa aziendale.

Una particolare attenzione verrà data alla formazione del personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), cui spesso è delegato il rapporto diretto con l'utenza in tema di liste di attesa, con l'intento di rimuovere carenze di informazione spesso presenti e risolvere ove presente la conflittualità.

Nel sito internet aziendale è possibile prendere visione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali.