

RECEPIMENTO DEL PIANO REGIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA (PRGLA) - DGRT 604/2019

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER LE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Il Piano di governo delle liste d'attesa per prestazioni in regime di ricovero ha l'obiettivo prioritario di individuare elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, nonché il rispetto della trasparenza della lista di attesa e dei tempi di attesa previsti.

I passaggi necessari per regolamentare il governo delle liste di attesa chirurgiche allo scopo di raggiungere l'equilibrio tra domanda e offerta nell'unità di tempo sono:

- 1) Definizione della modalità di accesso all'inserimento in lista di attesa chirurgica
- 2) Analisi della domanda
- 3) Organizzazione della offerta
- 4) Il governo delle liste di attesa: il Recall
- 5) Monitoraggio

1. Modalità di accesso per inserimento nelle liste di attesa chirurgiche

Il percorso chirurgico prende avvio quando una visita specialistica chirurgica (sia essa in regime istituzionale che in regime libero-professionale) esiti in una diagnosi che necessita d'intervento chirurgico.

La proposta d'intervento chirurgico deve essere redatta solo quando il bisogno del trattamento chirurgico è "reale": implica il completamento delle valutazioni preliminari necessarie all'identificazione del trattamento chirurgico quale terapia appropriata per quel paziente, per cui nessun paziente deve essere quindi inserito in lista di attesa fin tanto che l'approccio chirurgico rappresenti solo uno dei trattamenti possibili. Inoltre, la proposta d'intervento chirurgico deve essere "attuale": implica la valutazione della tempestività del trattamento chirurgico., per cui non devono essere inseriti in lista di attesa pazienti per i quali il trattamento chirurgico si renderà necessario solo in un futuro, in ragione della evoluzione naturale della malattia da cui sono affetti.

Il medico specialista dovrà quindi compilare, dopo qualsiasi visita chirurgica sia in regime istituzionale che in regime libero-professionale che si concluda con la proposta di un intervento chirurgico, il modulo VISITA SPECIALISTICA del software aziendale.

Il paziente al termine della visita chirurgica che si concluda con la necessità de esecuzione di un intervento chirurgico, dovrà ricevere dal chirurgo la stampa della Proposta di Intervento Chirurgico (PIC) oppure il modulo cartaceo nel caso di svolgimento della visita presso ambulatori non dotati del software. Tale stampa o modulo contiene le informazioni legate ai diritti e doveri dei pazienti in riferimento alla normativa attuale (vedi paragrafo Governo delle liste di attesa).

La PIC prevede che l'operatore attribuisca al paziente una classe di priorità. Rispetto allo stato attuale (utilizzo di 3 classi A, B, C) sulla base del nuovo PRGLA 2019-2021, saranno inserite le 4 classi di priorità (A, B, C, D) di seguito riportate:

CLASSE DI PRIORITÀ PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Al momento della stesura di questo documento è in corso un Tavolo Regionale per definire la corretta attribuzione delle classi di priorità a seconda della patologia.

Una volta che il paziente ha ricevuto la PIC il paziente dovrà consegnare personalmente la PIC, debitamente firmata, o inviarla via fax o mail entro 30gg dalla data della visita specialistica, all'Ufficio di programmazione chirurgica locale per avviare l'iter chirurgico pena decadenza della proposta di intervento.

Nel caso in cui il paziente consegna personalmente la PIC, l'Ufficio, indipendentemente dalla modalità ordinaria o in libera professione, scelta dal paziente, provvederà direttamente tramite software aziendale all'inserimento nel Registro Unico di Prenotazione e nella lista di programmazione/attesa suddivisa per ciascuna unità operativa. Tale Registro, denominato "Registro di prenotazione degli interventi chirurgici programmabili" è distinto per i ricoveri ordinari e quelli in day surgery ed è disponibile (informatizzato) presso le singole U.O. in base alla specialità richiesta e presso le Direzioni Mediche di Presidio.

All'atto dell'inserimento nella lista di attesa viene rilasciato al paziente il Certificato di Inserimento in Lista di Attesa (CILA) contenente il numero progressivo di inserimento in lista di attesa. Nessun paziente potrà essere inserito in lista di attesa senza essere preventivamente passato per la funzione visita specialistica.

Il tempo di attesa decorre dalla data di inserimento nel registro di prenotazione suddetto.

2. Analisi della domanda

In considerazione della modalità di accesso sopra descritta, la domanda è rappresentata dall'inserimento in lista di attesa.

L'analisi della domanda espressa per specialità chirurgica, stabilimento Ospedaliero, "cluster di intervento", viene effettuata dalla Gestione Operativa Chirurgica attraverso i dati estraibili dal sistema informativo del percorso chirurgico aziendale, mediante apposite elaborazioni previsionali.

Tale analisi viene effettuata annualmente con aggiornamento su orizzonte trimestrale.

3. Organizzazione della offerta

L'organizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche in regime di ricovero si articola attraverso i 3 livelli: strategico, tattico e operativo.

Livello strategico:

Sulla base dell'analisi della domanda e delle entità delle liste di attesa, la Gestione Operativa chirurgica elabora il Piano annuale Aziendale di produzione. Tale Piano rappresenta il punto di partenza per la definizione del Piano aggregato di Produzione, che ha lo scopo di organizzare e allocare le risorse esistenti, verificandone l'adeguatezza al Piano della domanda prevista e nota: rappresenta, dunque, ciò che l'Azienda può realmente erogare, tenendo conto del potenziale produttivo dei vari soggetti erogatori.

Tale Piano è costruito tramite aggregazione di "cluster d'interventi", per specialità chirurgica (fac-simile, Allegato 1).

Al tale livello avviene anche la Programmazione annuale della produzione dell'offerta del privato accreditato, in considerazione dell'eccesso di domanda e della lista di attesa.

Livello tattico:

In considerazione del Piano aggregato di produzione, la Gestione Operativa chirurgica elabora il Piano principale di produzione su orizzonte trimestrale (la pianificazione degli slot di seduta operatoria e i cluster d'interventi) e ne verifica attraverso apposito monitoraggio l'attuazione;

Livello operativo:

In considerazione del Piano Principale di produzione su orizzonte trimestrale, la Gestione Operativa chirurgica di ciascun Ospedale effettua la programmazione settimanale dei pazienti sulla base dei pazienti risultati eleggibili da pre - ospedalizzazione.

3.1 Integrazione dell'offerta con il privato accreditato

Alla luce della DGRT 1220/2018, l'ATNO ha adottato il principio innovativo, rispetto alla precedente gestione dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero, di unificare il governo strategico dell'offerta, con l'offerta del privato accreditato.

La definizione delle tipologie d'intervento effettuabili presso il privato accreditato deriva dall'analisi del gap rilevato tra domanda e offerta, e dell'entità delle liste di attesa.

Nell'ottica dell'integrazione con il privato accreditato sono state attivate già nel corso di quest'anno "collaborazioni congiunte" mediante le quali i chirurghi ATNO operano i pazienti presenti nelle liste di attesa dell'azienda presso le varie strutture. Altre "collaborazioni congiunte" sono in corso di definizione con start-up nei mesi di settembre-ottobre.

4) Il governo delle liste di attesa: il Recall

Sulla base della DGRT 486/2018 e del Decreto della RT 1253 del 01/02/2019, l'ATNO ha attivato in via sperimentale il nucleo centralizzato di gestione Liste di attesa chirurgiche afferenti alla Gestione Operativa chirurgica per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Analisi delle liste di attesa chirurgiche ed effettuazione del Recall secondo le linee guida RT;
- Proposta all'utente di esecuzione dell'intervento secondo disponibilità delle strutture del privato accreditato
- Gestione della programmazione degli interventi chirurgici in modalità "collaborazione congiunta" con strutture private accreditate, secondo le regole riportate nei Regolamenti approvati;

- Registrazione delle attività svolte sul sistema informativo del percorso chirurgico
- Gestione dei rapporti con gli Uffici di Programmazione Chirurgica locale in merito alla programmazione degli interventi chirurgici
- Gestione dei rapporti con il privato accreditato in merito alla programmazione degli interventi chirurgici
- Monitoraggio preventivo del budget del privato accreditato
- Restituzione di opportuna reportistica su richiesta (pazienti eliminati/rinviati, ecc alle DMPO e agli Uffici di Programmazione Locale)

5) Monitoraggio

Mensilmente la Gestione Operativa Chirurgica mette a disposizione della Direzione Generale e Direzione Sanitaria i report relativi ai tempi di attesa nei formati concordati, nonché invia trimestralmente i dati richiesti al Settore regionale “Qualità dei Servizi e Reti cliniche” della Direzione “Diritti di cittadinanza e coesione sociale”.

I dati del monitoraggio ex post delle prestazioni di ricovero soggetto a monitoraggio erogate in regime istituzione, attraverso il flusso SDO, saranno pubblicati mensilmente sulla sezione trasparenza del sito.

ALLEGATO 1: fac simile Piano Aggregato di Produzione

PIANO AGGREGATO DI PRODUZIONE															
SPECIALITA' CHIRURGICA	CLUSTER	STABILIMENTO PRODUTTIVO													
		APUANE	CARRARA	FIRENZE	MONTECATINI	LUCCA	BARGA	ASTELNUO	MONTECATINI	VOLTERRA	LIVORNO	CECINA	PIOMBINO	TERRELLA	VERSILIA
CHIRURGIA GENERALE	CLUSTER 1 chg (30 min, 1gg)	<div><div><div>Cluster: DANIERE VOLUME</div></div></div>													
	CLUSTER 2 chg (60 min, 2 gg)														
	CLUSTER 3 chg (90 min, 5 gg)														
	CLUSTER 4 chg (180 min, 7 gg)														
	...														
GINECOLOGIA	CLUSTER 1 gin (60 min, 2 gg)														
	CLUSTER 2 gin (90 min, 5 gg)														
	...														
OCULISTICA	CLUSTER 1 oc (15 min, 0 gg)														
	CLUSTER 2 oc (30 min, 2 gg)														
	...														
OTORINO	CLUSTER 1 oto (90 min, 1 gg)														
	CLUSTER 2 oto (90 min, 2 gg)														
	...														
ORTOPEDIA	CLUSTER 1 orto (60 min, 1gg)														
	CLUSTER 2 orto (90 min, 2 gg)														
	CLUSTER 3 orto (90 min, 8 gg)														
	...														
UROLOGIA	CLUSTER 1 uro (30 min, 2 gg)														
	CLUSTER 2 uro (60 min, 3 gg)														
	CLUSTER 3 uro (90 min, 7 gg)														
	...														
...															

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER LE PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE

A fronte di un bisogno di salute, le porte di accesso al SSN sono costituite:

- dal PS, per situazioni cliniche di emergenza/urgenza
- dalle prestazioni ambulatoriali di primo accesso, per problemi clinici acuti, ma privi di caratteristiche di nocumeto quod vitae o valetudinem
- dalle prestazioni ambulatoriali di secondo accesso, per approfondimenti diagnostici scaturiti da una prestazione di primo accesso o per la esecuzione dei controlli previsti nei PDTA delle malattie croniche (cosiddetto follow up)

Per le menzionate caratteristiche cliniche che sottendono ai tre “punti di ingresso”, al fine di garantire un intervento sanitario appropriato non solo per livello di assistenza ma anche in termini di qualità e sicurezza delle cure, è necessario garantire due elementi fondamentali:

- ✓ la corretta canalizzazione dei pazienti nel percorso appropriato alle specifiche esigenze di salute
- ✓ un tempo di ingresso nel percorso, (tempo di attesa), adeguato alla situazione clinica.

Prendendo in esame le prestazioni ambulatoriali, si rende quindi necessario creare percorsi di accesso, collegati a rispettivi “contenitori di offerta”, differenziati tra il primo contatto/prima visita e il contatto successivo/vista di controllo/prestazione di follow up.

● **Prestazioni di primo contatto**

L'offerta di prestazioni di primo contatto, è rivolta a soddisfare le richieste generate di norma dai MMG/PLS e Medici di Continuità Assistenziale che hanno necessità di una risposta per dirimere un quesito clinico di nuova presentazione, concludendolo senza azioni ulteriori, o avviando il paziente, tramite lo specialista, ad approfondimento successivo e/o ad interventi terapeutici nei setting adeguati. Quindi essa è finalizzata alla tempestiva presa in carico di soggetti che manifestano un problema clinico nuovo, o una riacutizzazione/variazione di una situazione cronica: da un punto di vista epidemiologico è deputata alla gestione dei casi incidenti.

E' intuitivo che a questo tipo di domanda sanitaria vada data, sia per ragioni cliniche sia di qualità percepita, una risposta nel breve termine, entro limiti temporali che di volta in volta sono stati fissati dai vari piani nazionali sulla gestione liste di attesa e dai rispettivi piani regionali di recepimento.

Gli elementi che caratterizzano la domanda sanitaria di primo contatto sono, quindi:

- ✓ dimensione finita e stabile (in assenza di eventi che mutino lo scenario epidemiologico di una popolazione) nelle patologie croniche internistiche (cardiovascolare, metabolico, neurodegenerativo), chirurgiche (glaucoma, ipertrofia prostatica), e nei percorsi oncologici volumi sostanzialmente inferiori rispetto alle prestazioni di secondo contatto
- ✓ esigenza di una offerta disponibile nel breve/medio periodo (10 - 60 giorni)

● **Prestazioni di secondo contatto**

Le prestazioni di secondo contatto sono soprattutto finalizzate al monitoraggio di una patologia cronica, si rivolgono quindi ai casi prevalenti di patologie croniche nella popolazione, un bacino di utenza, per le caratteristiche di coorte che viene alimentata nel tempo dai casi incidenti cronicizzati, notevolmente maggiore delle prestazioni di primo contatto, che, in assenza di politiche di appropriatezza in termini di frequenza e durata del follow up, e di azioni di governo nella presa in carico della cronicità condivise con i MMG, può assumere dimensioni poco o finanche non sostenibili per il Servizio Sanitario.

Una parte minore delle prestazioni di secondo contatto è finalizzata alla verifica dell'esito del percorso terapeutico di problemi acuti non destinati a cronicizzazione.

Il tempo di risposta richiesto dalla domanda di secondo contatto è maggiormente dilazionato nel tempo (3 / 6 / 12 mesi), e, per migliorare la appropriatezza dell'utilizzo della relativa offerta, deve essere governato direttamente dallo specialista attraverso sistemi di accesso/ prenotazione riservati / dedicati, con agende a scorrimento continuo giornaliero su base almeno annuale.

Quindi, una volta definiti i criteri di ripartizione della domanda, va organizzata la erogazione di una offerta coerente in termini di volumi e modalità di accesso.

I passaggi necessari a raggiungere l'equilibrio tra domanda e offerta nell'unità di tempo sono:

- ✓ analisi della domanda
- ✓ governo della domanda
- ✓ organizzazione della offerta
- ✓ monitoraggio e azioni correttive

ANALISI DELLA DOMANDA

L'analisi della domanda espressa per ambito di garanzia della prestazione viene effettuata dalla *UO Gestione liste attesa ambulatoriali* avvalendosi dei dati di prescrizione messi a disposizione dal settore competente di RT sul portale regionale.

L'analisi viene effettuata ordinariamente su base annuale per le prestazioni sotto monitoraggio del PNGLA, on demand in occasione di reingegnerizzazioni di specifici percorsi outpatient.

Sulla base di questa analisi è stato elaborato **il dimensionamento** delle prestazioni più significative di primo e secondo accesso; il fabbisogno di prestazioni risultante deve trovare riscontro nel piano di produzione annuale negoziato con i Dipartimenti clinici (con evidenza nel sistema di budget aziendale), e integrato dalla programmazione specifica di prestazione specialistiche erogate dal privato accreditato. Tale lavoro, riportato in allegato 1, verrà esteso alle restanti prestazioni sotto monitoraggio.

Si riporta anche un'**analisi sulla distribuzione delle prime visite e visite di controllo** e sui tassi di prescrizione delle principali prestazioni. Poichè in numerose situazioni i volumi di prescrizioni sono fortemente sbilanciati verso le prime visite, in assenza di evidenze epidemiologiche, verranno definiti con i professionisti, responsabili della prescrizione e presa in carico delle visite di controllo, specifici obiettivi di spostamento della proporzione di prescrizioni.

Il Dipartimento di MMG annualmente promuove attività di verifica e relaziona in merito a variabilità prescrittive significative nei vari ambiti di garanzia.

GESTIONE DELLA DOMANDA

L' ATNO impegna i prescrittori al raggiungimento degli standard regionali di adesione alla prescrizione elettronica / dematerializzata.

Il prescrittore ha l'obbligo di indicare sempre il quesito diagnostico, e, almeno per le prestazioni oggetto di monitoraggio, anche tipologia di accesso e classe di priorità.

Il **Quesito Diagnostico** descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare la prestazione e deve essere riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

L'assenza del quesito diagnostico, a regime, precluderà la prenotabilità delle prestazioni prescritte.

TIPOLOGIA DI ACCESSO: è l'attributo della prescrizione con cui viene ricercata l'offerta, dimensionata in modo da rispondere nei tempi appropriati

- **Primo Accesso:** va indicato nei casi di primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia:

- ✓ la prima visita: il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un'evoluzione imprevista della malattia
- ✓ il primo esame di diagnostica strumentale eseguito per quel nuovo problema clinico, di norma la prestazione strumentale prescritta dal MMG
- ✓ la visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetto a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico, laddove lo specialista non abbia a disposizione un percorso interdisciplinare che gli consenta di accedere a prestazioni di altra branca riservate a quel quesito clinico-strumentale
- ✓ nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Le prenotazioni di primo accesso verranno agevolate attraverso canali ad hoc nelle Case della salute, nelle sedi delle medicine di gruppo e attraverso l'ampliamento progressivo delle prestazioni incluse nella App del cittadino – prenotazione online.

SECONDO ACCESSO:

- ✓ la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, della stessa branca o di altra branca ma inserite in percorsi di presa in carico (es.: CORD);
- ✓ la prestazione specialistica prescritta dal MMG su indicazione dello specialista che abbia visitato in LP
- ✓ la visita o prestazione di controllo (follow up): quando per un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) si rende necessaria una rivalutazione dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione della visita di controllo deve essere indicato nella prescrizione medica.

La ATNO impegna i propri specialisti a effettuare le prescrizioni di tutte le prestazioni da essi ritenute necessarie alla conclusione dell'iter diagnostico.

La ATNO provvede a garantire la prenotazione delle prestazioni di secondo accesso attraverso la struttura che ha in carico il paziente anche con modalità centralizzate su CUP di secondo livello. Nel periodo di vigenza di questo piano verrà effettuata una ricognizione della correlazione tra sedi di erogazione delle prestazioni e fruibilità delle funzioni CUP di secondo livello, con l'obiettivo di raggiungere una copertura superiore al 90% ("dove si prescrive si prenota")..

CLASSE DI PRIORITA'

CLASSE U = Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza).

CLASSE B = Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione).

CLASSE D = Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine).

CLASSE P = Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità (situazione dilazionabile).

Le prestazioni di secondo accesso devono essere tracciate con il codice di priorità P (programmata).

Le prime visite non possono avere priorità P.

Prestazioni diagnostico strumentali di primo accesso possono essere richieste con priorità P se:

- ✓ sono scaturite da un problema clinico emergente e legate ad un quesito diagnostico esplicitato, che devono essere appropriatamente programmate in un arco di tempo più ampio, ma definito, in conseguenza di una precisa valutazione clinica;
- ✓ sono prestazioni diagnostico-strumentali anche di primo accesso, orientate al controllo dello stato di salute in un'ottica di cultura preventiva individuale, non organizzate in programmi di prevenzione, purché supportate da relative linee-guida.

- ✓ In assenza di indicazione della classe di priorità verrà proposta l'offerta della fascia di priorità D, col relativo impegno al rispetto del tempo di attesa massimo.

Al fine di favorire una prescrizione coerente con le indicazioni del nuovo PRGLA per le prestazioni oggetto di monitoraggio è adottato il vademecum prescrittivo di cui Allegato 2.

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA – ORGANIZZAZIONE

Rispetto al modello proposto nel documento di recepimento della DGRT 750/2018, la ATNO, anche alla luce della esperienza maturata, propone per la attuazione del PRGLA 2019-2021 un modello organizzativo più snello nella operatività e nei rapporti con la filiera di produzione, che resta in capo ai Direttori di Dipartimento.

In rapporto funzionale con la UO Gestione liste attesa ambulatoriali vengono collocate le Segreterie CUP delle varie zone, a supporto delle attività di gestione delle agende di specialistica ambulatoriale; inoltre viene distaccata e centralizzata una Posizione Organizzativa sanitaria del CUP per la gestione dell'Open Access su base aziendale.

Per l'organizzazione della Gestione Operativa ambulatoriale si rinvia a specifico atto aziendale.

ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

– Il Piano dell'offerta

Sulla base dell'analisi della domanda, viene elaborato il piano annuale dell'offerta necessaria, distinta, per la logica sopra descritta, in offerta di secondo e primo contatto. Il Piano dell'offerta tiene conto del potenziale produttivo dei vari soggetti erogatori, come da facsimile All.3, e diventa strumento operativo della negoziazione di budget.

- La prossimità della offerta

La riorganizzazione delle aziende sanitarie con aggregazioni territoriali che nel caso della azienda ATNO implica distanze anche di 180 Km tra i punti di erogazione, ha reso necessario adeguare gli ambiti territoriali di riferimento. Le DGRT 1080/2016 e 750/2018, hanno fornito il presupposto normativo per la riorganizzazione della filiera outpatient della ATNO che ha definito i seguenti ambiti di garanzia

La ASL Toscana Nord Ovest fin dalla DGRT 1080/2016 ha recepito l'indirizzo regionale, per cui il principio di prossimità delle prestazioni "di base" diventa l'assunto della strategia del Piano Aziendale di governo dei tempi di attesa. Alle prestazioni indicate dalla DGRT 1080/2016 l'Azienda aveva già aggiunto, per specifiche valutazioni di opportunità, come previsto dalla stessa delibera, anche la prima visita chirurgica e la prima visita urologica.

Gli ambiti di garanzia ai sensi della DGRT 750/2018, successivamente modificati dalla DGRT 604/2019, sono individuati, con la stessa logica, a livello provinciale / di ex azienda territoriale.

Nella tabella seguente si indicano gli ambiti di garanzia del tempo di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Per le prestazioni con AG di Area Vasta (allergologia, endocrinologia, chirurgia vascolare, reumatologia, gastroenterologia), il soddisfacimento del bisogno verrà articolato sulla base di Reti interaziendali in coerenza con PDTA specifici, che individuino le sedi ed i soggetti di erogazione del I e II livello, anche in integrazione formalizzata con la AOUP.

Fermo restando il perseguimento del principio di prossimità nella erogazione della offerta in funzione della zona di residenza / domicilio sanitario del paziente, per prestazioni la cui fruibilità dipende da vincoli tecnologici e/o impiantistici o anche in caso di transitorie situazioni di criticità, il soddisfacimento della domanda potrà avvenire tramite la integrazione della offerta su basi territoriali aggregate in sovra-ambiti.

DGRT 604/ 2019

CODICE NTR	Prestazione	STANDARD TEMPO ATTESA MAX gg		AMBITO GARANZIA
		B	D	
89.7	Visita Ortopedica	10	15	Zona
89.7	Visita ORL	10	15	Zona
95.02	Visita oculistica	10	15	Zona
89.13	Visita neuro	10	15	Zona
89.7	Visita Dermo	10	15	Zona
89.7	Visita cardio	10	15	Zona
89.52	Elettocardiogramma	10	30	Zona
88.78 - 88.78.2	Ecografia Ostetrica - ginec	10	30	Zona
88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	Ecografia Addome	10	30	Zona
95.09.1	Fondo Oculare	10	30	Zona
89.7	Visita Urologica	10	30	Zona
89.7	Visita pneumologica	10	30	Ex ASL
89.26	Visita ginecologica	10	30	Zona
89.7	Visita fisiologica	10	30	Ex ASL
89.7	Visita chirurgica	10	15	Ex ASL
87.41 - 87.41.1	TC senza e con contrasto torace	10	60	Ex ASL
88.38.2 - 88.38.1	TC senza e con contrasto rachide	10	60	Ex ASL
88.38.5	TC senza e con contrasto bacino	10	60	Ex ASL
88.01.4 - 88.01.3	TC senza e con contrasto addome inf	10	60	Ex ASL
88.01.6 - 88.01.5	TC senza e con contrasto addome completo	10	60	Ex ASL
87.03 - 87.03.1	TC senza e con contrasto capo	10	60	Ex ASL
88.01.2 - 88.01.1	TC senza e con contrasto addome sup	10	60	Ex ASL
88.95.4 - 88.95.5	RMN Pelvi, prostata e vescica	10	60	Ex ASL
88.94.1 - 88.94.2	RMN Muscoloscheletrica	10	60	Ex ASL
88.93 - 88.93.1	RMN Colonna	10	60	Ex ASL
88.91.1 - 88.91.2	RMN Cervello e tronco encef	10	60	Ex ASL
87.37.1- 87.37.2	Mammografia	10	60	Ex ASL
45.23 - 45.25 - 45.42	Colonscopia	10	30	Ex ASL
45.24	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	10	30	Ex ASL
45.13 - 45.16	Esofagogastroduodenoscopia	10	30	Ex ASL
89.50	Elettocardiogramma holter	10	30	Zona
89.41 - 89.43	Elettocardiogramma da sforzo	10	60	Ex ASL
88.73.1 - 88.73.2	Ecografia Mammella	10	30	Ex ASL
88.71.4	Ecografia Capo e collo	10	60	Ex ASL
88.77.2	Ecocolordoppler dei vasi periferici	10	60	Ex ASL
88.73.5	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	10	60	Ex ASL
88.72.3	Ecocolordoppler cuore	10	30	Zona
93.08.1	Elettomiografia	10	60	Ex ASL
95.41.1	Audiometria	10	60	Ex ASL
89.37.1 - 89.37.2	Spirometria	10	60	Ex ASL
89.7	Visita reumatologica	10	30	AV
89.7	Visita endocrinologica	10	30	AV
89.7	Visita Gastroenterologica	10	30	AV
89.7	Visita chirurgica vascolare	10	30	AV
89.7	Visita Allergologica	10	30	AV

Al momento della prenotazione verrà indicata la data di prima disponibilità, ossia la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto, tenendo conto della tipologia di accesso, della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di garanzia (domicilio del paziente).

Qualora il cittadino rifiuti la prima proposta esce dall'ambito di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata e il sistema informatico di assegna a tale prenotazione la caratteristica "scelta utente" ai fini del calcolo del tempo di attesa.

I pazienti che richiedono una prestazione al di fuori del proprio ambito di garanzia perdono il diritto al rispetto del tempo massimo di attesa. L'offerta è articolata in modo da consentire, con tali vincoli, la libera circolazione dei pazienti.

- Articolazione Delle Agende – Primo Accesso – Open access e Accesso Successivo

Tutta l'offerta (istituzionale e privato accreditato) di prestazioni ambulatoriali è prenotabile esclusivamente attraverso il sistema CUP.

Ai fini della gestione e dell'esposizione dell'offerta questa è organizzata e articolata in agende:

1) di primo accesso, stratificate in classi di priorità o con erogazione in open access

2) di secondo accesso:

- ✓ che contengono l'offerta riservata o esclusiva per la presa in carico da parte degli specialisti
- ✓ che contengono le visite di controllo, sia pubbliche che esclusive o riservate

In ottemperanza alla normativa va costantemente assicurata la prenotabilità delle prestazioni nell'ambito di garanzia di riferimento (è fatto divieto di chiusura delle agende), per cui, in caso di esaurimento dell'offerta come programmata dai professionisti, la Segreteria CUP provvede d'ufficio ad aumentare la profondità delle agende.

Il rispetto dei tempi di attesi come previsto dal PRGLA richiede un lavoro di monitoraggio continuo per l'allineamento tra l'offerta e la domanda che si poggia metodologicamente su criteri di governo che di gestione della produzione, e in particolare:

- il confronto con i professionisti sui margini di recupero interni al sistema
- azioni di ottimizzazione organizzativa: implementazione dell'offerta di controlli, con effetto deflattivo sulla domanda di primo accesso;
- incremento delle prime visite da riconversione attività a minore priorità;
- ottimizzazione dei tempi di ambulatorio

- potenziamento dell'offerta, a volte anche solo transitorio per bypassare la fase di assestamento della domanda a seguito della riorganizzazione della filiera prima visita/controllo.

L'offerta di primo accesso, una volta bilanciata quella di secondo accesso con la relativa domanda, viene differenziata, laddove non già fatto, in classi di priorità o, se la situazione lo consente, si trasforma l'erogazione in Open Access.

L'offerta per la domanda non differibile (B, D o OA), viene indirizzata alla popolazione assistita della zona. Su questa offerta viene garantito il rispetto dei tempi di attesa massimi per classe di priorità come da indicazioni della DGRT 604/2019.

In ogni zona viene comunque negoziato con i professionisti un volume di prestazioni di primo accesso pari al 5-10% del totale accessibile per tutti gli assistiti del SSN.

Costanza di apertura delle agende e di erogazione dell'attività

Il Direttore di UO ha la responsabilità di organizzare le attività dei Dirigenti Medici da lui coordinati per garantire la costanza di apertura delle agende e la costanza di erogazione delle relative attività sanitarie rivolte alle prestazioni di primo accesso e alle prestazioni di accesso successivo al primo anche erogate in favore di altre UO, collocate in agende riservate / esclusive, in modo da garantire i volumi di produzione negoziati in sede di budget.

Le modulazioni estive o coincidenti con periodi di festività, le assenze per partecipazione a convegni e/o altri eventi formativi dovranno essere programmate e coordinate dai direttori di UO e dai Responsabili di Zona per gli specialisti ambulatoriali di filiera con il dovuto anticipo e prevedere comunque il mantenimento di quote di attività sufficienti a evitare criticità dei tempi di attesa o dei percorsi di presa in carico.

-Integrazione della offerta

Un ulteriore principio adottato dalla ATNO, altrettanto innovativo, rispetto alla precedente gestione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, è stato l'unificazione del governo strategico della offerta, che si compone di tre direttrici:

- ✓ offerta istituzionale personale dipendente (responsabili operativi della filiera di produzione: Direttore dipartimento - Responsabile Area - Responsabile UO)
- ✓ offerta istituzionale specialisti ambulatoriali (responsabile operativo in prima fase il responsabile di zona)
- ✓ offerta privato accreditato

L'offerta del privato accreditato alla luce della DGRT 1220/2018 viene progressivamente impegnata per l'intero budget assegnato sui cittadini residenti.

La modulazione nelle specifiche prestazioni è a corollario della analisi dei gap rilevati sul piano di produzione annuale.

L'offerta di primo accesso è integrata tra ATNO e AOUP per:

Sulle prestazioni che hanno AG di livello zonale le due Aziende hanno già condiviso l'integrazione dell'offerta e la ripartizione delle rispettive responsabilità, come da Tabella in calce.

Per le prestazioni di AG macrozonale e Area Vasta, le Aziende si impegnano a formalizzare, entro tre mesi dal recepimento del presente Piano, le reti specialistiche finalizzate alla individuazione delle quote di offerta reciproca e le relative responsabilità.

			OFFERTA SETTIMANALE			Domanda M/Sett (1° Liv . MMG)
VISITE SPECIALISTICHE	AMBITO	TIPO AGENDA	OFFERTA 1° LIV AOUP	OFFERTA 1° LIV USL	TOTALE OFFERTA 1° LIV	ZONA PISANA
V. CARDIOLOGICA	Zona Pisana	O.A	222		222	280
V.NEUROLOGICA	Zona Pisana	O.A	80	19	99	120
V.OCULISTICA	Zona Pisana	O.A	147	184	331	367
V.ORTOPEDICA	Zona Pisana	UBD	72		72	213
V.ORL	Zona Pisana	O.A	75	90	165	172
V.DERMATOLOGICA	Zona Pisana	O.A	96	62	158	248
V.GINECOLOGICA	Zona Pisana	UBD	89		89	123
V.UROLOGICA	Zona Pisana	UBD	60		60	89
PRESTAZIONI STRUMENTALI DIAGNOSTICA IMMAGINI	AMBITO	TIPO AGENDA	OFFERTA 1° LIV AOUP	OFFERTA 1° LIV USL	TOTALE OFFERTA 1° LIV	Domanda (1° Liv . MMG)
ECO ADDOME	Zona Pisana	O.A		158	158	302
ECO OSTETRICA	Zona Pisana		83		83	5
ECO GINECOLOGICA	Zona Pisana	UBD	89		89	2
PRESTAZIONI STRUMENTALI DIAGNOSTICA STRUMENTALE	AMBITO	TIPO AGENDA	OFFERTA 1° LIV AOUP	OFFERTA 1° LIV USL	TOTALE OFFERTA 1° LIV	Domanda (1° Liv . MMG)
HOLETR CARDIACO	Zona Pisana	UBD	57		57	74

La FTGM contribuisce con volumi negoziati annualmente alla offerta di eco addome, visita cardiologica, TC, RMN, proseguendo e consolidando l'esperienza iniziata nel primo semestre 2019.

- Il governo del privato accreditato

A supporto di tale indirizzo strategico i rinnovi contrattuali con il privato accreditato sono stati rivisti con la logica del budget unificato, modulabile nelle diverse specialistiche a seconda delle progressive esigenze / priorità. Inoltre l'offerta non è stata vincolata al soddisfacimento del solo ambito territoriale di competenza, ma viene indirizzata in una logica di collaborazione cooperativa su ambiti territoriali logisticamente compatibili.

Una quota del budget (10%) viene mantenuta non assegnata su base trimestrale per finalizzarla alla gestione di eventuali criticità improvvise da altri produttori.

Nel corso di vigenza dell'attuale Piano aziendale saranno introdotti sistemi di gestione dell'offerta del privato accreditato innovativi e flessibili, capaci di rispondere in maniera efficiente alle esigenze che si manifestano in corso d'anno e relative a riduzioni di produzione istituzionale programmabili e non.

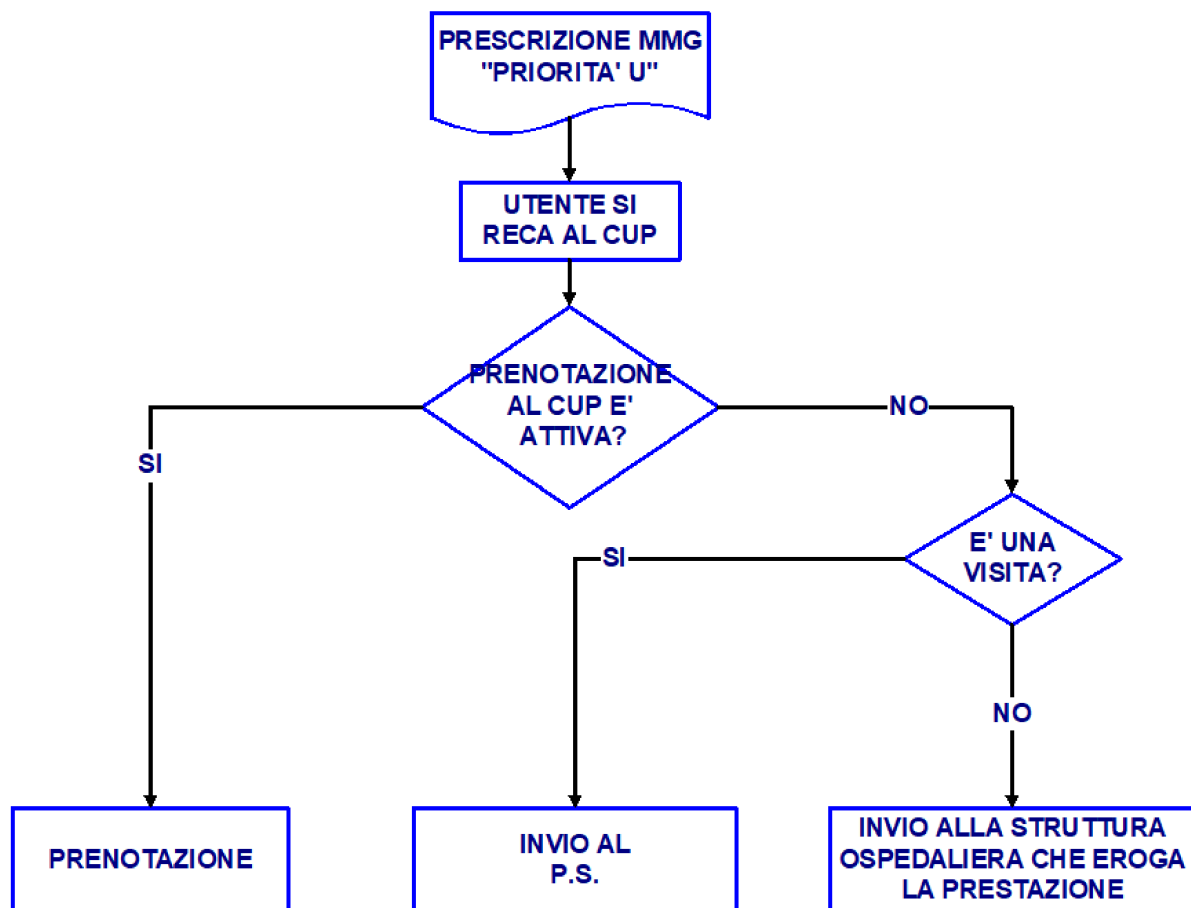
CRITICITA' IMPROVVISE

A fronte di fluttuazioni impreviste della offerta (malattie, trasferimenti di personale, etc.), nonché per garantire i percorsi di tutela, ogni Dipartimento clinico ha a disposizione un budget art.55, stanziato a livello aziendale, finalizzato alla erogazione di prestazioni in attività aggiuntiva.

La UO Gestione Liste attesa valuta la possibilità di negoziare con il privato accreditato anticipi / rimodulazioni della offerta.

MECCANISMI DI GARANZIA – PERCORSO DI TUTELA

Prestazioni U



Prestazione B non garantita nell'ambito di garanzia entro il tempo massimo di attesa: presa in carico attraverso la Segreteria CUP zonale

Il percorso di tutela è tra l'altro assicurato, sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle di ricovero, attraverso il numero verde regionale già attivo in applicazione della DGRT 694/2014.

MONITORAGGIO:

Mensilmente la UO BIRF mette a disposizione della Direzione Generale e Direzione Sanitaria e GO i report relativi ai tempi di attesa nei formati concordati a fonte TAT.

TRASPARENZA:

La UO Gestione Liste di Attesa pubblica mensilmente sulla sezione trasparenza del sito aziendale i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio rilevate attraverso simulazioni di prenotazione allo sportello CUP.

Regolamento delle modalità di scorrimento e manutenzione delle agende, di spostamento delle prenotazioni e di utilizzo del sistema di prenotazione

*Nell'ambito della azioni di livello macro finalizzate al governo dei tempi di attesa ha approvato il Regolamento Cup Aziendale (**Allegato 4**) coerente con quanto descritto nel documento.*

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Del. GRT n. 1038 del 24 ottobre 2005 "Protocollo d'intesa tra RT, AASS e OOSS dei MMG/PLS e specialisti". - Legge 23 dicembre 2005, n. 266 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)"

- Legge Regionale N.51 Del 5 Agosto 2009 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento".

- Decreto Ministero Economia e Finanze 2 novembre 2011 "De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)" che disciplina la ricetta elettronica prevede la completa informatizzazione dell'intero ciclo di vita della tradizionale ricetta medica cartacea del SSN rossa e la completa eliminazione del supporto cartaceo (dematerializzazione), compatibilmente con le modalità alternative atte a salvaguardare l'erogazione di farmaci o prestazioni in assenza di collegamento telematico.

- Del. GRT n. 529 del 1 luglio 2013 "Linee di indirizzo attività libero-professionale intramuraria dirigenza sanitaria: approvazione".

- Del. GRT n. 694 del 4 agosto 2014 "Ridefinizione modalità di accesso e organizzazione offerta clinico-diagnostica territoriale".

- Del. GRT 1068/2016 "Indirizzi regionali per la revisione delle modalità organizzative nella gestione del follow-up oncologico".

- Del. GRT 1080 del 2 novembre 2016 "Indirizzi per la programmazione dell'offerta specialistica e per la gestione delle liste di attesa". -

Del. Consiglio Regionale n. 91 del 5 novembre 2014 "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015", che individua l'abbattimento delle liste di attesa in sanità fra gli obiettivi prioritari e proposta di delibera al CR 22 del 21/1/2019 "Proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020" che conferma quale obiettivo strategico il superamento delle liste di attesa quale requisito di equità di accesso alle cure. - Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R "Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto

2009 n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie". Si fa riferimento alla "Dimensione 6 Organizzazione dell'accesso ai percorsi" del manuale "Procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" consultabile on-line sul sito dell'Agenzia Regionale di Sanità.

- DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", Allegato 4 "prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN".

- Risoluzione del CR n. 47 del 15 marzo 2017 "Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020", Progetto regionale 19 "Riforma e sviluppo della qualità sanitaria" (pag. 198), Obiettivo 2 "Superare le criticità nella gestione delle liste d'attesa: superamento del concetto di una unica ed indifferenziata modalità di accesso tramite CUP e individuazione di percorsi differenziati per target di bisogni assistenziali".

- Del. GRT 476/2018 "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di Gestione Operativa" che prevede l'attivazione di "funzioni formalmente esplicitate e l'utilizzo di metodi e strumenti specifici per la programmazione(...) a supporto della Direzione aziendale e dei dipartimenti nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico, mediante la programmazione dell'utilizzo delle aree produttive secondo modalità operative funzionali ai processi orizzontali di cura, assegnando in modo dinamico le disponibilità degli asset e delle attrezzature condivise".

- Del. GRT 750/2018 avente ad oggetto "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali".

- Del. GRT 914/2018 avente ad oggetto "Indirizzi alle aziende ed enti del SSR contenenti criteri per l'acquisizione di prestazioni libero professionali ambulatoriali del personale dirigente del SSR ai fini del governo delle liste d'attesa".

- Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019 "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021" che incorpora il Glossario in materia di Tempi e Liste di attesa di AGENAS.

- Del. GR 194/2019 avente ad oggetto "Istituzione dell'Osservatorio regionale per i tempi di attesa".

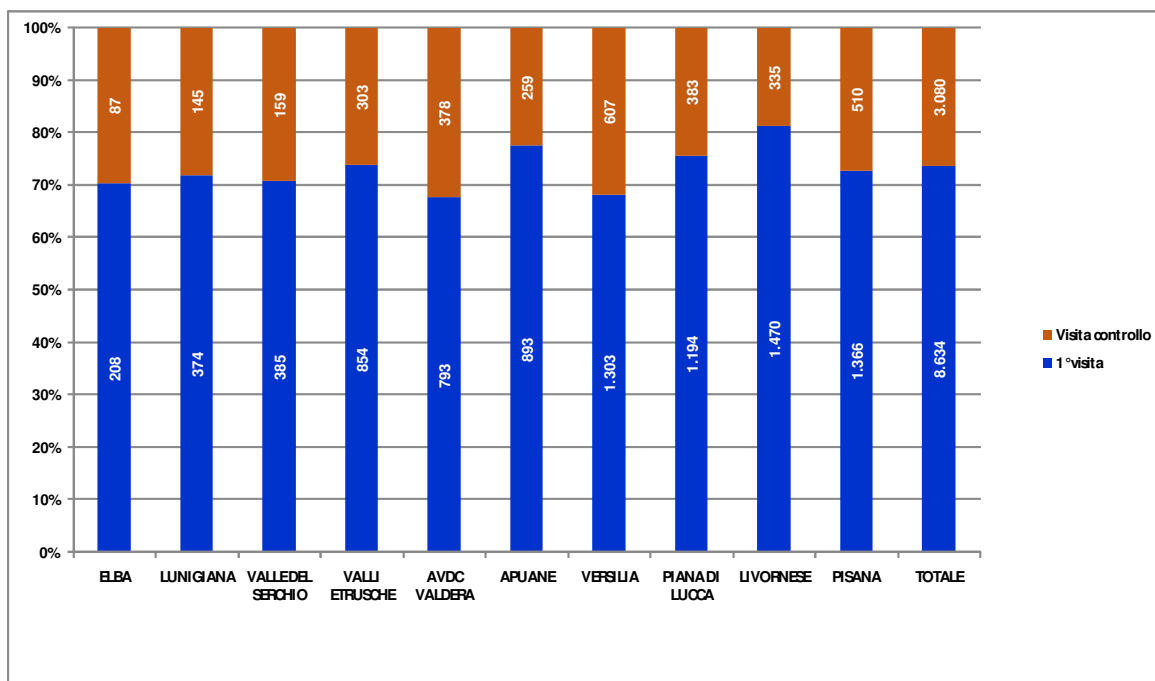
- Del. GR/ 604 del 6 maggio 2019 " Piano Regionale Governo Liste Di Attesa 2019 – 2021 " che revoca le precedenti deliberazioni DGR 143/2006 e 867/2006 in quanto superate le modalità di garanzia del rispetto dei tempi massimi in esse contenute.

ALLEGATO 1 ANALISI DELLA DOMANDA

FABBISOGNO SETTIMANALE (stima da dati prescrizioni marzo 2019 – fonte dati RT)

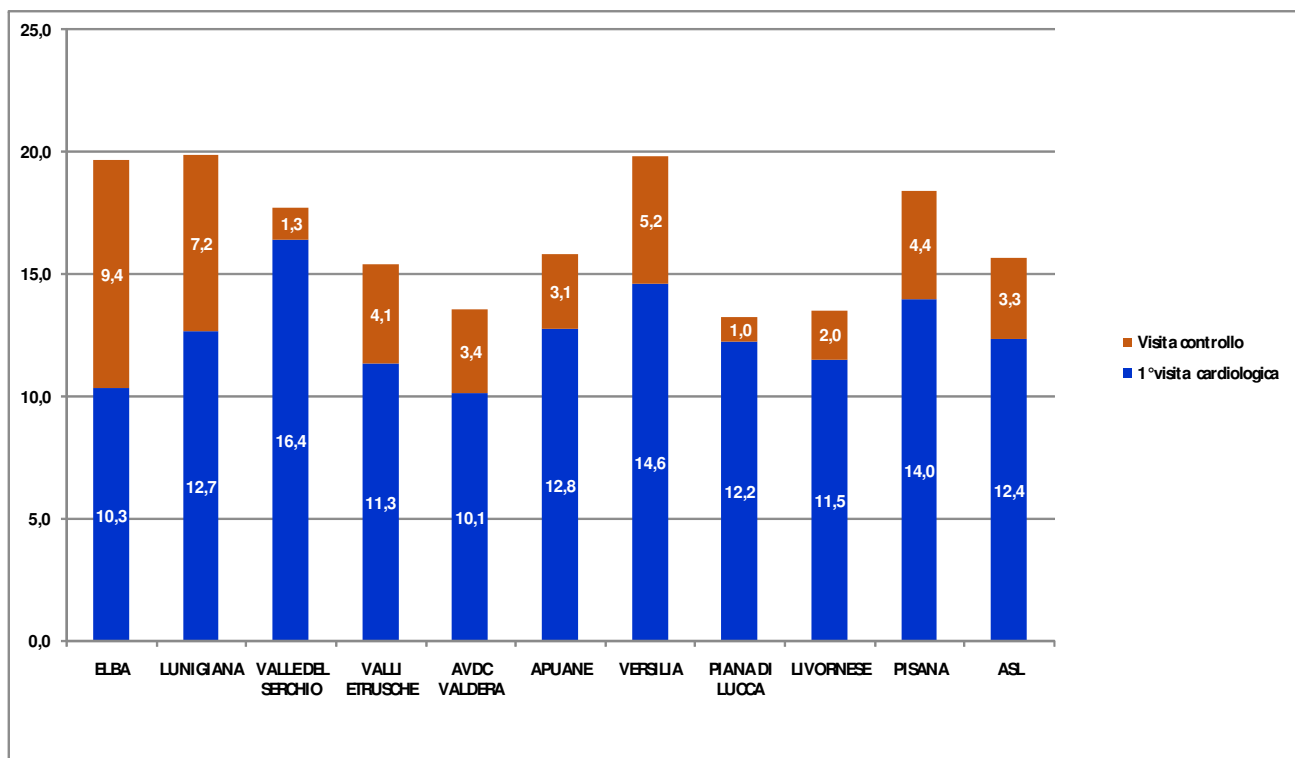
	fabbisogno settimanale	LUNIGIANA	APIANE	VDS	PIANA LUCCA	VERSILIA	LIVORNO	VALLI ETRUSCHE	ELBA	PISANA	AVDC	
ORL	Il accesso	8	63	35	48	58	52	45	10	24	14	
	I accesso	85	130	59	173	186	180	116	24	190	116	
DERMATO	Il accesso	24	40	18	90	80	130	45	10	128	41	
	I accesso	54	140	67	250	320	400	170	45	262	121	
OCULISTICA	Il accesso	32	60	30	70	110	120	90	10	169	178	
	I accesso	100	220	100	250	320	350	205	40	474	300	
UROLOGICA	Il accesso	8	18	5	12	16	10	40	22	20	10	
	I accesso	20	60	24	80	70	115	70	15	84	48	
ORTOPEDICA	Il accesso	16	70	41	100	122	22	56	3	120	57	
	I accesso	59	120	59	148	136	180	124	30	193	120	

VALORE % PRESCRIZIONI DI PRIMA VISITA E VISITA CONTROLLO PER ZONA

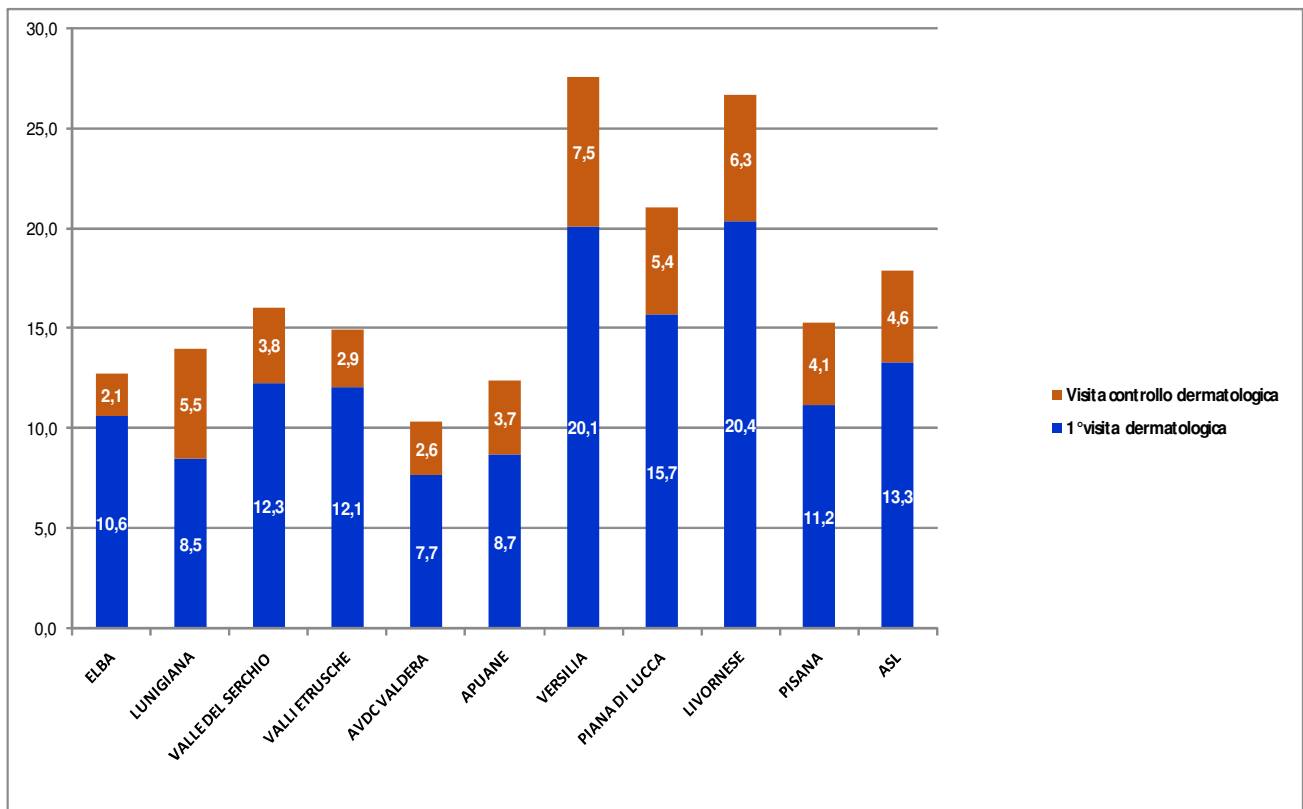


TASSI DI PRESCRIZIONE PER 10.000 RESIDENTI

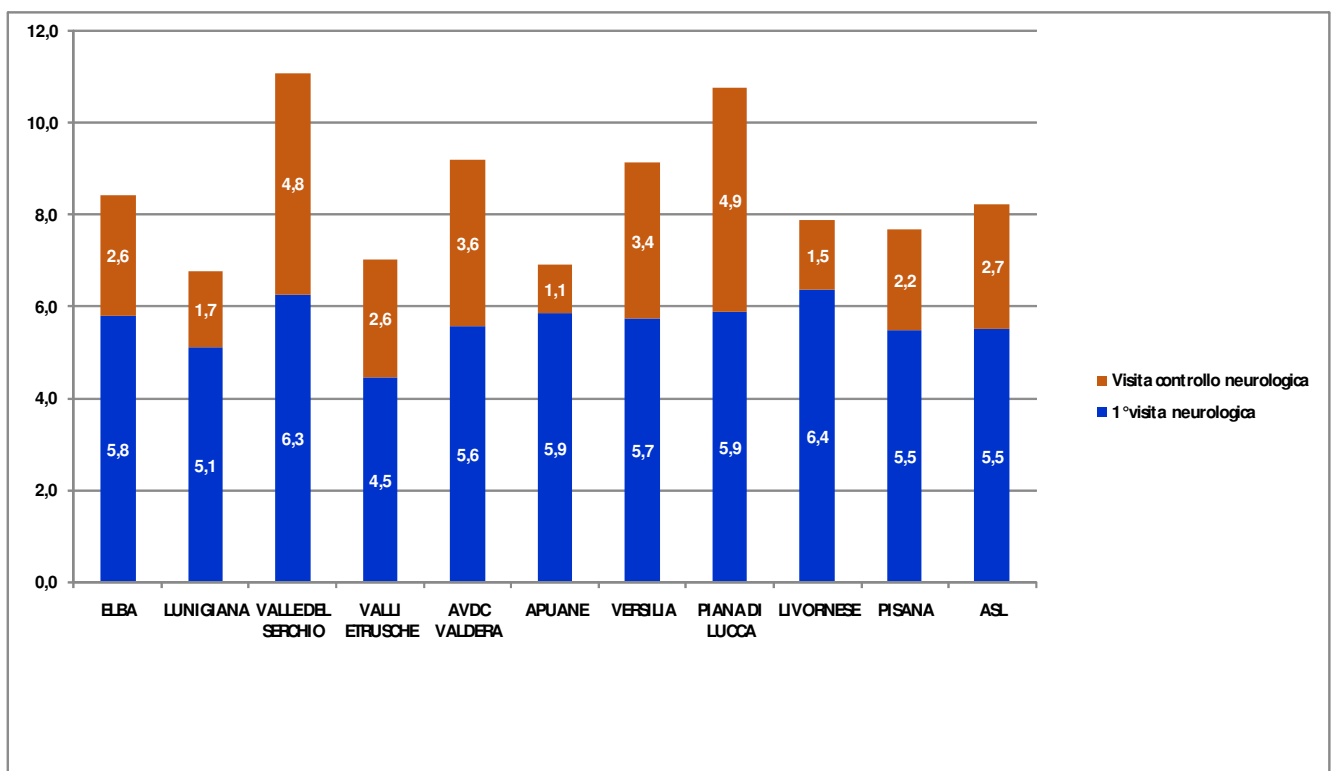
VISITA CARDIOLOGICA



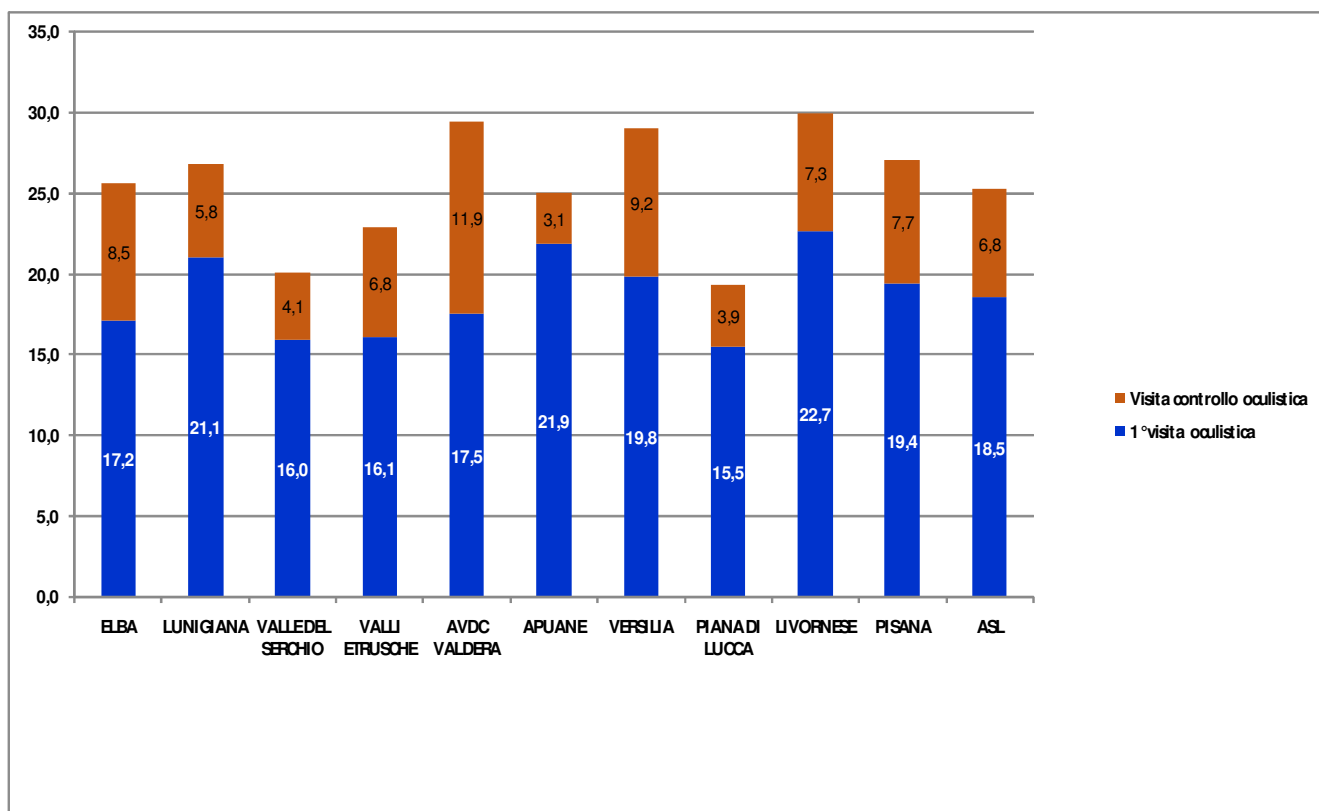
VISITA DERMATOLOGICA



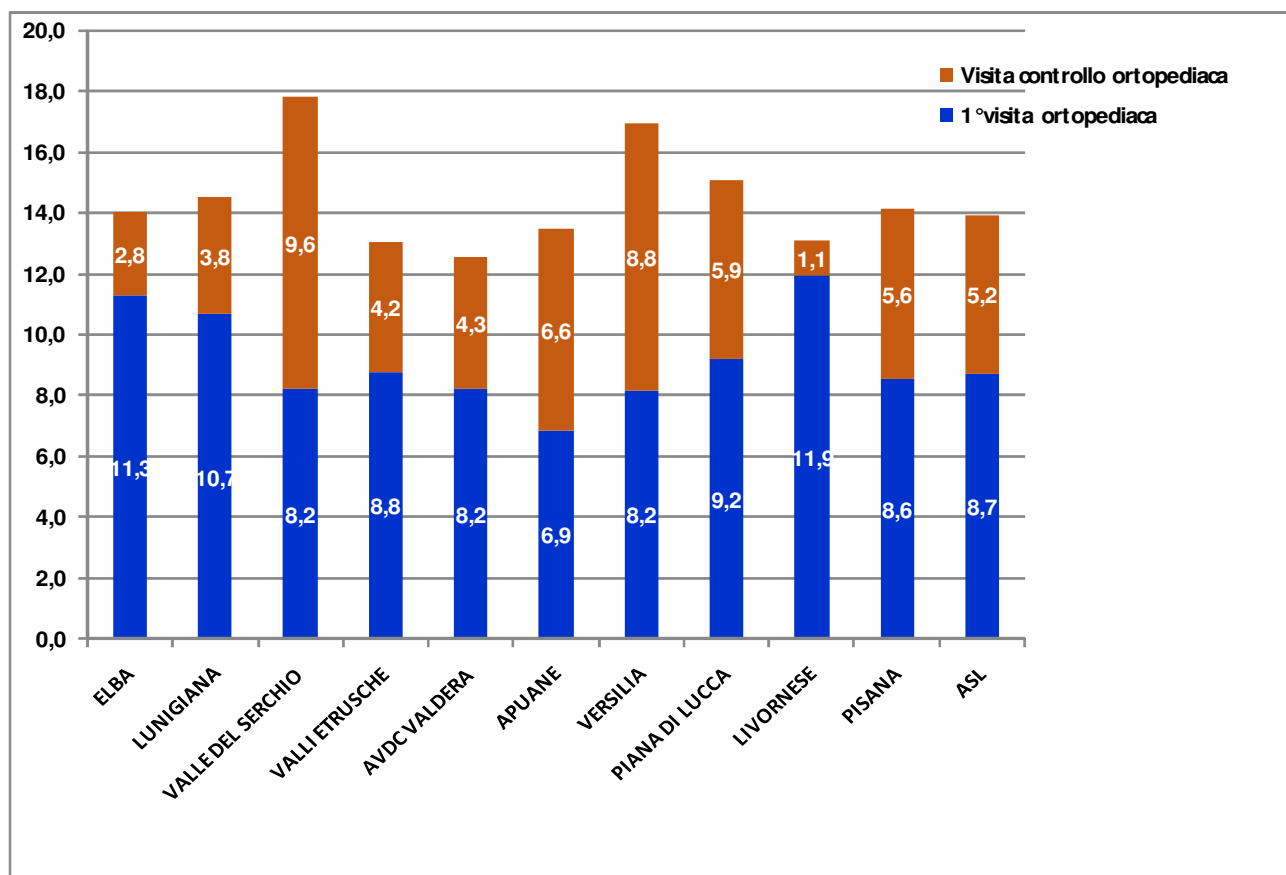
VISTA NEUROLOGICA



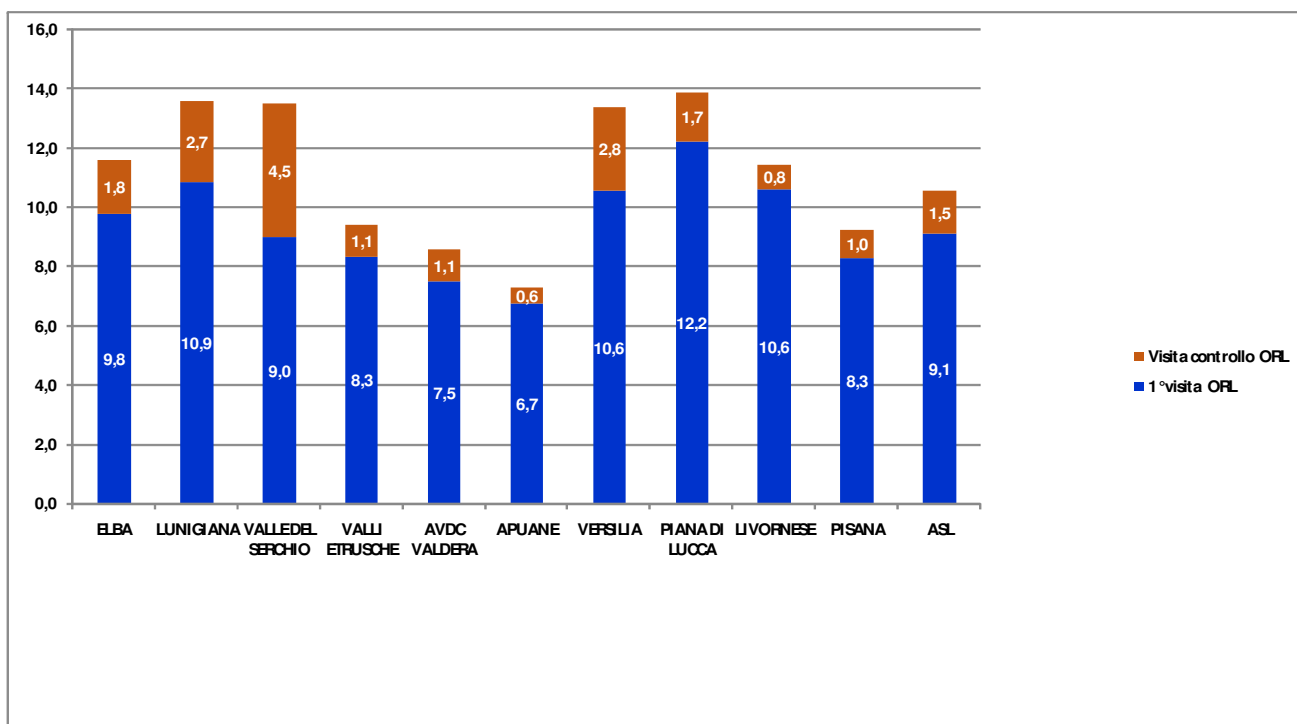
VISITA OCULISTICA



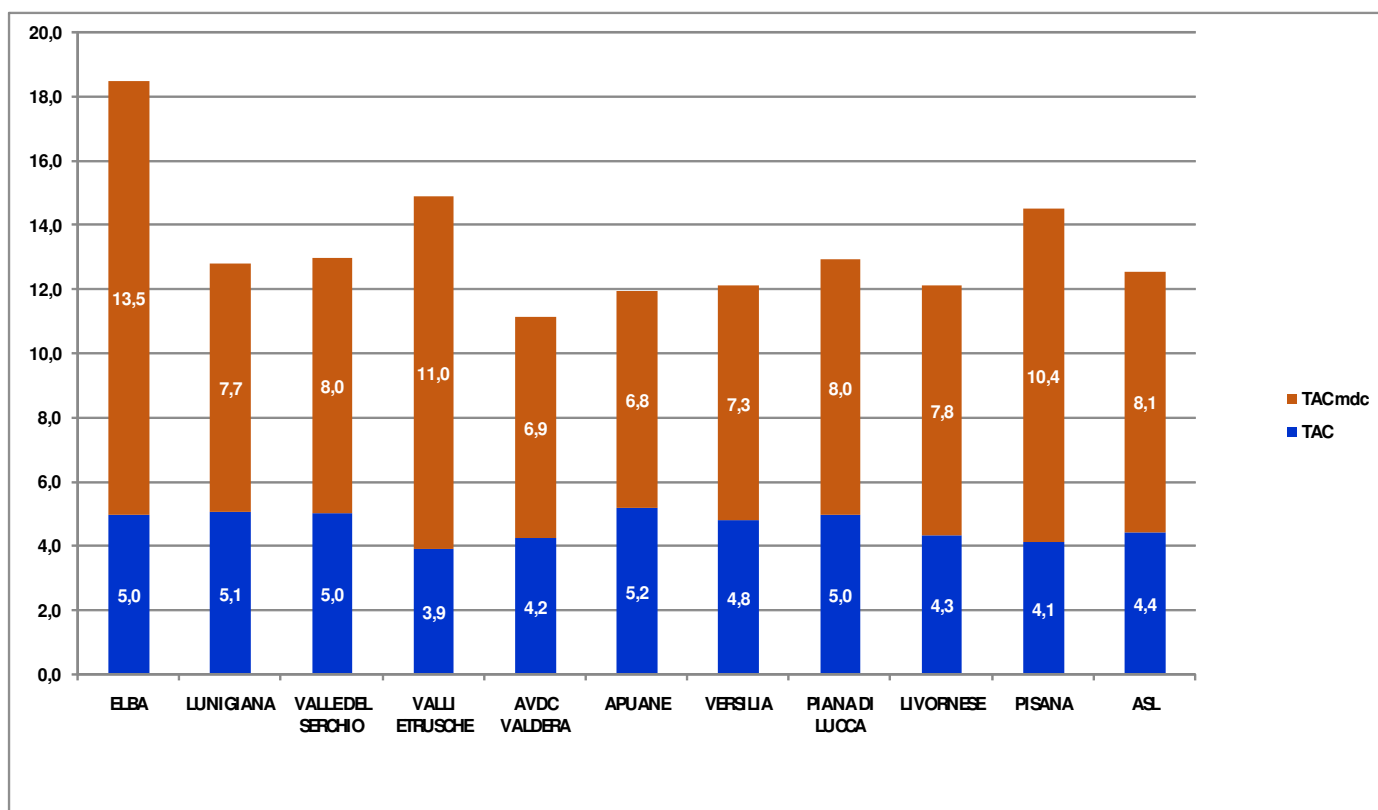
VISITA ORTOPEDICA



VISITA ORL



TAC



RM

Allegato 2

VADEMECUM SU COME USARE PRIORITA' E TIPO ACCESSO NUOVO PIANO LISTE ATTESA (DGRT 604/2019)

INDICARE SEMPRE QUESITO DIAGNOSTICO

COME PRESCRIVERE UNA VISITA

PRIMA VISITA : selezionare SEMPRE “**PRIMO ACCESSO**”
PRIORITA' U/B/D
MAI PRIORITA' P

VISITA DI CONTROLLO:

selezionare SEMPRE “**ACCESSO SUCCESSIVO**” o “**ALTRO TIPO ACCESSO**” (a seconda del programma di prescrizione utilizzato)

SOLO PRIORITA' P

COME PRESCRIVERE UNA PRESTAZIONE STRUMENTALE:

SEI UN MMG/PLS?

- IL TUO PAZIENTE HA UN **SINTOMO NUOVO** O **RIACUTIZZAZIONE** MALATTIA CRONICA?

→ **PRIMO ACCESSO**, PRIORITA' U o B o D

- IL TUO PAZIENTE HA UN **PROBLEMA CRONICO STABILE** E DEVE FARE UN CONTROLLO DI ROUTINE?

→ **ALTRO TIPO DI ACCESSO** / ACC. SUCC., PRIORITA' P

- STAI TRASCRIVENDO UN SUGGERIMENTO SPECIALISTA?

→ SEGUIRE INDICAZIONI DEI PUNTI PRECEDENTI

SEI UNO SPECIALISTA?

- CHIEDI UN ESAME DI **APPROFONDIMENTO TUA BRANCA**, O ALTRA BRANCA MA INSERITO IN UN **PERCORSO RISERVATO** (ES.: FOLLOW UP CORD X ONCOLOGICI)

→ **ALTRO TIPO DI ACCESSO**, PRIORITA' P

- CHIEDI UNA PRESTAZIONE AD UN COLLEGA DI **ALTRA BRANCA** CHE NON E' INSERITA IN NESSUN PERCORSO RISERVATO O ESCLUSIVO? (ES.: RMN PER DIAGNOSI PROBLEMA NEUROLOGICO non in agenda riservata)

→ **PRIMO ACCESSO**, PRIORITA' B o D

Allegato 3 – Format Piano produzione

ALLEGATO 2		LUNIGIANA	APIANE	PIANA LUCCA	VDS	PISANA	VALDERA	AVDC	LIVORNESE	BVDC	VDCORNIA	ELBA	VERSILIA
	Domanda 1° contatto												
	Domanda 2° contatto												
	Offerta SSN												
	Offerta SUMAI												
	Offerta Accreditato												
	Totale Offerta												
	DELTA domanda /offerta												
	VISITA XXXXX												

ALLEGATO 4

REGOLAMENTO CUP

<https://www.uslnordovest.toscana.it/igea/qualita3/documenti-del-sistema-qualita-aziendale-test/sistema-documentale-della-qualita>

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FERRI GIAN LUIGI

DATA FIRMA: 30/09/2019 10:40:02

IMPRONTA: 63306666383339656538636665653138313236626265376465653239633339356432343162363063