



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Dirigente Servizio Sanità dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente Servizio Sanità e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può comunque derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Dirigente Servizio Sanità e del Direttore della Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28, comma 1, dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

1. di adottare il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016, come specificato negli allegati A e A1 che formano parte integrante della presente deliberazione;
2. di istituire il Gruppo Operativo Regionale (GOR) dei Tempi di Attesa (TdA) come specificato nell'Allegato A, che sarà costituito con successivo decreto del Dirigente del Servizio Sanità, che lo presiede;
3. di stabilire che il presente atto costituisce direttiva vincolante, ai sensi dell'art. 3 comma 2 della L.R. 13/2013, per i Direttori degli Enti del SSR che dovranno rispettare il cronoprogramma di cui agli allegati A e A1;
4. di stabilire che eventuali costi aggiuntivi sono ricompresi nel budget assegnato agli Enti del SSR.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Morini)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Luca Cristofoli)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- 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 sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- DGR n.1040 del 18/07/2011 "Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. n. 266/2005 ed approvazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa";
- DGR n. 1 del 7/01/2014 "Linee di indirizzo per il Governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa;
- Risoluzione n. 97/2014 sulla relazione della V Commissione assembleare concernente "Indirizzi alla giunta regionale per il governo delle liste di attesa e della mobilità interregionale" (seduta consiliare n. 161 del 24 giugno 2014);
- DGR n. 1012 del 8/09/2014 "Definizione dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale";
- DGR n. 1319 del 24/11/2014 "Art. 3 bis, comma 5 del D.Lgs 502/92 - Art. 3 comma 2 lett. p) bis L.R. n. 13/2003 - Valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali dell'ASUR, dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, dell'AO Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Approvazione criteri anno 2014";
- DGR n. 1435 del 22/12/2014 "L.R. n. 22/2010 - Obiettivi dell'Agenzia regionale Sanitaria relativi all'anno 2014";
- DGR n. 106 del 23/02/2015 "Legge n. 120/2007 art. 1, commi 4, 5 e 6; L. R. n. 13/2003 art. 3, comma 2 lett. a) - Approvazione linee di indirizzo agli enti del SSR in materia di libera professione intramuraria del personale della dirigenza medica veterinaria e sanitaria per l'adozione dei piani aziendali dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria. Revoca deliberazioni n. 1812/2000 e 972/2008";
- DGR n. 346 del 28.04.2015 "Integrazione della DGR n. 1440/2014 avente ad oggetto: L. R. n. 13 del 20.06.2003 - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici e preventivi per l'anno 2015";
- DGR n. 664 del 7/8/2015 "Servizio centro di prenotazione unico regionale per gli Enti del servizio sanitario regionale. Determinazioni";
- DGR n. 665 del 7/8/2015 "Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2015";
- DGR n. 666 del 7/8/2015 "Art. 3 bis, comma 5 del D. Lgs 502/92 - Art. 3 comma 2 lett. p) bis L.R. n. 13/2003 - Valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale. Approvazione criteri anno 2015."

Motivazione ed esito

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale riveste un ruolo rilevante fra le forme di presa in carico alternative al ricovero ospedaliero, tanto da rappresentare la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Servizio Sanitario Nazionale, con un progressivo incremento del numero e della complessità delle prestazioni richieste, che induce un superamento dei Tempi di Attesa (TdA). La criticità del rispetto dei TdA per le prestazioni sanitarie riguarda tutti i sistemi sanitari di tipo universalistico con livello assistenziale avanzato, non solo quello italiano. Le cause dello squilibrio tra domanda e offerta di prestazioni sono molteplici: aspetti clinici della malattia e soggettivi del paziente, tipologia della prestazione richiesta, capacità ed efficienza di erogazione, indice di attrattività della prestazione, composizione dell'offerta, ruolo dei medici prescrittori, etc. L'alto livello di inappropriata della domanda, dovuto anche a fenomeni di medicina difensiva, l'uso inappropriato della tecnologia sanitaria, la carenza della presa in carico e l'inefficace comunicazione medico-paziente contribuiscono da una parte a rendere insoddisfatte le richieste per specifiche prestazioni in tempi accettabili, per i cittadini che ne hanno veramente bisogno e dall'altra ad eseguire esami ridondanti, spesso inutili e dannosi per la salute



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

dei cittadini (si pensi ad esempio alla quota di radiazioni cui vengono sottoposti per esami non giustificati da specifica necessità assistenziale).

Dati di letteratura hanno ormai ampiamente dimostrato che il solo aumento dei volumi di prestazioni non è efficace per la riduzione dei TdA ed, anzi, potrebbe favorire il fenomeno dell'inappropriatezza prescrittiva, mentre risulta più efficace, e soprattutto efficiente, la differenziazione della domanda in base a criteri di priorità definiti clinicamente, piuttosto che sul semplice ordine cronologico della richiesta. Pertanto, in tale ottica, la soluzione del problema non può consistere in un incremento squisitamente quantitativo dell'offerta (aumento dei volumi di produzione) ma, piuttosto, nell'adozione di efficaci strategie di governo clinico della domanda e dell'offerta, coinvolgendo tutti i professionisti implicati nel ciclo *prescrizione-prenotazione-refertazione-presa in carico*, che tenga conto dell'appropriatezza e della reale priorità delle prestazioni. Il governo dei TdA è molto complesso e fortemente connesso ad altri processi, sia centrali che periferici, con ripercussioni sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, sulle modalità prescrittive, sull'attività libero-professionale intramuraria (ALPI), sugli indirizzi definiti in materia di accreditamento (volumi e tipologia delle prestazioni) e sul sistema CUP.

Con la presente deliberazione si delineano le strategie da adottare al fine di ottenere un più efficace governo dei TdA da parte degli Enti del SSR della Regione Marche mediante specifiche indicazioni, in relazione alle criticità presenti in tale ambito. Pertanto, il presente atto esprime la volontà di porre in essere azioni volte al miglioramento dei TdA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica.

Il principale obiettivo è garantire ai cittadini, che richiedono per la prima volta l'accesso ai servizi ai fini di una diagnosi tempestiva, un percorso adeguato, contrastando i ritardi che si riflettono negativamente sui bisogni di salute.

Il percorso per giungere al risultato prende avvio dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2006-2008, formulato dal Ministero della Salute, poi ribadito con quello del 2010-2012, per garantire, attraverso un impegno comune del Governo e delle Regioni, l'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), attivando azioni che consentano di intercettare il reale bisogno di salute, ridurre l'inappropriatezza prescrittiva e rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

La Regione Marche, con DGR n.1040/11 ha recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome del 28 ottobre 2010 ed ha approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), definendo i tempi massimi di attesa con specifiche deroghe, in alcune situazioni di particolare criticità, rispetto al PNGLA.

L'obiettivo finale del PNGLA/PRGLA consiste nel favorire l'accesso alle cure per il cittadino, soprattutto nelle situazioni in cui la tutela del rispetto dei TdA è più rilevante: per tale motivo vengono sottoposte a monitoraggio solo le prestazioni considerate critiche per la salute dei cittadini e definiti i tempi massimi di attesa solo per la prima visita/primo esame strumentale, cioè per quelle prestazioni assistenziali che rappresentano il primo contatto del paziente col sistema sanitario e che sono dirimenti per porre una diagnosi, da cui può dipendere il tempestivo inizio di una specifica terapia o un eventuale ricovero medico o chirurgico, differenziandole dalle prestazioni di controllo che invece devono essere governate direttamente dal medico che ha preso in carico il paziente e che pertanto escono dalla logica della lista di attesa. Tale precisazione è indispensabile per comprendere appieno le finalità delle azioni che sono state finora messe in campo in ambito nazionale e regionale e per ridurre la confusione che esiste riguardo al tema dei TdA, sia da parte del cittadino, sia da parte degli stessi operatori.

L'attuazione del CUP Unico Regionale, messo a regime nel 2010, ha consentito di avere a disposizione uno strumento operativo per gestire le attività di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con l'innegabile vantaggio di compensare l'offerta fra le varie Aree Vaste (AAVV) geograficamente intese. Al momento attuale, tale strumento non consente di avere dati precisi e puntuali sulle caratteristiche dell'offerta, rispetto al fabbisogno e pertanto la nuova gara dovrà consentire migliori analisi e conseguentemente garantire una più puntuale programmazione.

L'avvio del sistema unico ha comportato un notevole sforzo organizzativo all'interno delle Aziende del SSR, per adeguarsi ad uno strumento univoco di prenotazione ed ha richiesto tempo per una sua capillare implementazione (recente è l'ingresso dell'INRCA all'interno del CUP, in atto è il percorso per il rientro delle prestazioni di radiologia "pesante" che, inizialmente, erano state lasciate alla diretta gestione aziendale e per l'ingresso delle prestazioni del privato accreditato). Tale strumento consente di valutare le agende di tutte le strutture erogatrici per una specifica prestazione ambulatoriale, permettendo di scegliere in base alla preferenza di una determinata struttura, alla vicinanza al luogo di residenza o alla rapidità nei tempi di offerta. Tuttavia il sistema CUP, pur perfezionato, dovrà a regime diventare sempre più residuale. Ciò in quanto esso è costruito per facilitare l'incontro tra il paziente che chiede la prestazione al Servizio e



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

chi, nel Servizio, deve erogare la prestazione. Invece, obiettivo strategico è quello di cambiare totalmente questa logica passando ad un sistema nel quale il paziente torna ad essere un cittadino, cui viene garantito il diritto alla Salute dai soggetti che sono a questo preposti.

Innanzitutto dal Medico di Medicina generale, che conosce i bisogni dei suoi pazienti e che dovrà essere messo in grado di prescrivere e prenotare direttamente le prestazioni che reputa necessarie; altrettanto dovranno fare i medici specialisti per il *follow up* dei pazienti cronici che prendono in carico.

Come previsto dalla DGR 1040/11, la Regione ha avviato specifici monitoraggi dei TdA delle prestazioni ambulatoriali (con modalità "ex ante" ed "ex post"), dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dell'area cardiovascolare ed oncologica, delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria (ALPI) e delle interruzioni di servizio (monitoraggio delle sospensioni). I dati mostrano tuttora una oggettiva difformità delle modalità di offerta sul territorio regionale, con esperienze di eccellenza di collaborazione tra erogatore e prescrittore e situazioni di criticità ancora presenti in diverse realtà.

Per di più, il mancato completamento, per tutti gli erogatori del SSR, del processo di separazione tra agende di "prima visita/esame/accesso" e quelle di "controllo/follow-up", non consente ancora di rilevare il reale TdA per le prestazioni che risultano prioritarie per specifiche motivazioni cliniche e che, secondo quanto indicato anche nel PNGLA, rappresenta il vero obiettivo del governo delle liste di attesa. Per tale motivo, i dati provenienti dai flussi attualmente disponibili sono gravati da un elevato livello di "imprecisione", conseguente alla rilevazione di TdA che rappresentano la media tra quelli relativi alle prime visite/esami/accessi, da realizzare entro tempi certi e predefiniti e quelli dei controlli, che non debbono essere invece sottoposti a monitoraggio, perché caratterizzati da una tempistica che dipende dalle necessità della fase di malattia. Infine, l'incompleta adozione delle classi di priorità, in fase di prescrizione/prenotazione, non consente, di fatto, un'analisi adeguata del problema e conseguentemente impedisce l'adozione di azioni correttive efficaci.

Dal punto di vista dell'offerta, negli ultimi anni, la Regione Marche ha avviato la riorganizzazione complessiva del sistema dell'offerta attraverso la riduzione della frammentazione ospedaliera, con la riconversione delle piccole strutture ospedaliere e l'avvio della programmazione delle attività secondo la logica delle reti cliniche; questa operazione consente un'ampia rivisitazione dell'offerta di assistenza specialistica ambulatoriale e diagnostica, pur in presenza di persistenti criticità in termini di finanziamento complessivo del Servizio, di possibilità di effettuare investimenti e di assumere il personale necessario a fornire le prestazioni.

Con la DGR 1/2014 è stata ribadita la obbligatorietà, per i Direttori degli Enti del SSR, di dar corso ai Piani Attuativi Aziendali (PAA) entro 30 giorni dalla sua adozione. Nel corso del 2014, le Aziende del SSR hanno approntato i relativi PAA, nei quali vengono descritte le modalità di erogazione delle prestazioni sottoposte a monitoraggio e individuate alcune azioni, finalizzate all'efficientamento del sistema. La DGR 1/2014 ha, inoltre, confermato l'individuazione delle "prestazioni particolarmente critiche", tra le 43 sottoposte a monitoraggio dal PNGLA e la deroga dei tempi massimi di attesa, già presente nella DGR 1040/2011, per alcune viste specialistiche (da 30 a 45 gg per la priorità D) ed alcuni esami di diagnostica strumentale (da 10 a 15gg per la priorità B e da 60 a 75 e 90gg per la priorità D).

Al fine di garantire un più efficace sistema di monitoraggio delle azioni messe in atto per il governo dei TdA, la richiamata DGR 1/2014 aveva previsto l'istituzione di un Tavolo di monitoraggio regionale, composto da rappresentanti della Medicina Generale, della Medicina Specialistica (ospedalieri e territoriali), delle Associazioni degli utenti e delle Direzioni Sanitarie Aziendali. Nel corso delle riunioni periodiche del suddetto Tavolo regionale di monitoraggio sono state affrontate numerose criticità, sia sul versante della domanda che dell'offerta, che emergevano dai flussi dei TdA e sono state analizzate le azioni da intraprendere per il loro contenimento, tra le quali la creazione di agende distinte per tipologia di accesso e classe di priorità, di agende differenziate per le 43 prestazioni del PNGLA e per alcune attività specialistiche riferite a pazienti cronici in *follow up*. Alcune delle azioni individuate dal Tavolo sono state avviate ed è in fase di sperimentazione presso l'AVI un sistema di *recall* automatico dei pazienti prenotati per una prestazione specialistica ambulatoriale, al fine di rendere più efficace il fenomeno della rinuncia/disdetta dell'appuntamento ed incrementare pertanto l'offerta, "liberando" posti di utenti che non si sarebbero presentati. Le azioni relative alla messa a regime dei sistemi di reportistica e all'ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni strumentali sono state inserite, con DGR 1319/14, tra gli obiettivi sanitari per le Direzioni Generali delle aziende del SSR relativi all'anno 2014 (diversificazione e riorganizzazione dell'offerta e incremento qualità/quantità delle prestazioni).

Al fine di ridurre l'inappropriatezza prescrittiva, sono stati adottati, con il contributo del tavolo di monitoraggio regionale, mediante la DGR 1012/2014, i Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

garanzia dei tempi di attesa per alcune delle prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA (tutte le 14 visite specialistiche, RMN muscolo-scheletrica, RMN encefalo e tronco encefalico, RMN colonna vertebrale, Mammografia, Ecografia mammaria). Tali indicazioni cliniche per la prescrizione di prestazioni di prima visita/accesso/esame, condivise all'interno del tavolo di monitoraggio regionale e con i professionisti delle aziende del SSR, sono state successivamente divulgate mediante specifici corsi di formazione rivolti ai professionisti prescrittori (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali e ospedalieri), coordinati dai referenti dei TdA identificati dalle Direzioni delle Aziende del SSR, quali interlocutori privilegiati per la messa in campo di azioni mirate a migliorare il sistema della domanda e dell'offerta. I RAO costituiscono una preziosa metodologia di lavoro per uniformare i comportamenti dei professionisti, non sono obbligatori, ma rappresentano uno strumento per gli stessi, che in ogni caso sono tenuti a definire il quesito clinico.

Nonostante le azioni già messe in campo per ottimizzare il rapporto tra domanda e offerta, sommariamente richiamate, il problema è ancora lontano dall'essere risolto ed, anzi, esso rappresenta la principale criticità che la nuova Giunta regionale intende affrontare, nella consapevolezza che ormai il persistere di TdA intollerabili per alcune prestazioni mette a rischio il rapporto fiduciario dei cittadini con le Istituzioni e ciò è tanto più inaccettabile in un Servizio sanitario regionale, come quello marchigiano, che viene valutato complessivamente efficiente.

Pertanto, si rende necessaria un'azione fortemente integrata e presidiata dal livello centrale, che porti a superare le criticità più rilevanti entro il 30 aprile 2016, impegnando le Aziende ed Enti del SSR a raggiungere gli obiettivi individuati nella presente deliberazione - che riveste pertanto il carattere della direttiva vincolante per le Direzioni Aziendali - e il Servizio Sanità ad un costante monitoraggio e controllo sull'avanzamento delle azioni e sul raggiungimento degli obiettivi.

Le principali azioni correttive, da intraprendere in una breve prospettiva temporale, sono definite nel rispetto dei principi di accessibilità alle cure, appropriatezza organizzativa ed economicità nell'utilizzazione delle risorse e si riferiscono specificamente al governo della domanda e dell'offerta (correttezza ed appropriatezza delle prescrizioni, completamento dell'apertura delle agende differenziate per le prime visite/esami/accessi e delle agende dedicate per le patologie croniche con maggiore impatto assistenziale, programmazione di prestazioni aggiuntive, attivazione di software avanzati per il *recall*), all'efficientamento delle strumentazioni di diagnostica strumentale (DGR 346/2015 e 665/2015) e degli strumenti di monitoraggio (rilevazioni *ex ante* ed *ex post*, produzione di reportistica, etc.), alla predisposizione ed implementazione di un piano di informazione/comunicazione diretto ai cittadini, relativamente ai TdA e agli indici di performance, finalizzato all'*empowerment* del cittadino attraverso un incremento della trasparenza del sistema ed il coinvolgimento diretto dell'utente. Tutte le azioni adottate devono essere implementate, portate a regime ed essere soggette ad un monitoraggio stringente, mediante indicatori di processo e di risultato, coerentemente con la tempistica che viene esplicitata nell'allegato A, che costituisce direttiva vincolante per i Direttori degli Enti del SSR.

Le attività richieste, infine, devono essere implementate nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia.

In data 11 settembre 2015 si è tenuto il Coordinamento degli Enti cui è stata presentata la proposta del presente atto deliberativo, che è stato approvato all'unanimità.

Vista la rilevanza degli impegni richiesti complessivamente agli operatori del SSR, si è ritenuto opportuno dare informativa preventiva dei contenuti del provvedimento alle Confederazioni Regionali, alle OO.SS. del Comparto e della Dirigenza medica, veterinaria, sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, alle OO.SS. dei MMG, degli specialisti ambulatoriali e dei PLS. Il confronto sindacale è stato avviato negli incontri del 15/9/2015 e si è concluso, come concordato, con l'invio da parte di alcune sigle sindacali di ulteriori specifiche osservazioni e raccomandazioni, che sono state esaminate, in parte recepite e che, comunque, se non inserite nell'atto deliberativo, saranno tenute in considerazione nelle fasi di monitoraggio sullo stato di attuazione delle azioni previste. Relativamente alla lamentata mancata previsione nel testo del presente atto del ruolo del sindacato nei percorsi di attuazione della presente deliberazione, si ribadisce che la definizione dei piani attuativi aziendali, con le relative azioni che coinvolgono il personale, non potranno non coinvolgere nei relativi ambiti istituzionali i livelli di relazioni sindacali adeguati, previsti dalla normativa contrattuale vigente.

Per tutto quanto sopra esposto, si propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione.

Il Responsabile del procedimento
(Piero Cicchrelli)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARERE DEL DIRIGENTE SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

Il Dirigente
Piero Ciccarelli

**PROPOSTA DEL DIRIGENTE SERVIZIO EDEL DIRETTORE DELLA AGENZIA REGIONALE
SANITARIA**

I sottoscritti propongono alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione

Il Dirigente Servizio Sanità
Piero Ciccarelli

Il Direttore ARS
Enrico Borocini

La presente deliberazione si compone di n. 24 pagine, di cui n. 17 pagine di allegati che costituiscono parte integrante della stessa.

Il Segretario della Giunta
Elisa Moroni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A

Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016.

INTRODUZIONE

La criticità del rispetto dei tempi massimi di attesa (TdA) per le prestazioni sanitarie riguarda tutti i sistemi sanitari di tipo universalistico con livello assistenziale avanzato, non solo quello italiano. L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale riveste un ruolo rilevante fra le forme di presa in carico alternative al ricovero ospedaliero, tanto da rappresentare la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Servizio Sanitario Nazionale, con un progressivo incremento del numero e della complessità delle prestazioni richieste. Il superamento dei TdA si genera a causa di uno squilibrio tra domanda e offerta di prestazioni ed è causato da molteplici fattori: aspetti clinici della malattia e soggettivi del paziente, tipologia della prestazione richiesta, capacità ed efficienza di erogazione, indice di attrattività della prestazione, composizione dell'offerta, ruolo dei medici prescrittori, etc. Studi di settore testimoniano la costante tendenza all'aumento della domanda del numero di prestazioni. L'alto livello di inappropriata della domanda, dovuto anche a fenomeni di medicina difensiva, l'uso inappropriato della tecnologia sanitaria, la carenza della presa in carico e l'inefficace comunicazione medico-paziente contribuiscono da una parte a rendere insoddisfatte le richieste per specifiche prestazioni in tempi accettabili, per i cittadini che ne hanno veramente bisogno e, dall'altra, ad eseguire esami ridondanti, spesso inutili e dannosi per la salute dei cittadini (si pensi ad esempio alla quota di radiazioni cui vengono sottoposti per esami non giustificati da specifica necessità assistenziale).

La Regione Marche deve provvedere a garantire l'erogazione delle prescrizioni che hanno una reale priorità ai pazienti per i quali un breve lasso di tempo dall'esordio sintomatologico alla diagnosi rappresenta un fattore cruciale per la prognosi (ad esempio, una tempestiva diagnosi mammografica nel sospetto di una neoplasia rende meno invasivo un eventuale intervento chirurgico), come i Piani Nazionali da anni sottolineano.

La struttura organizzativa alla base dell'offerta è spesso gravata da carenze di personale (medici, tecnici, professionisti sanitari) che deve essere colmata, dalla obsolescenza delle apparecchiature, dalla disomogeneità del sistema di offerta (in alcuni casi carente, in altri ridondante) sull'intero territorio, che si traducono in inefficienza del sistema e impongono la necessità di una sua ridefinizione sulla base dei reali bisogni, tenendo conto delle risorse a disposizione. La realizzazione del CUP unico regionale ha sicuramente comportato un miglioramento dell'offerta di prestazioni al cittadino attraverso l'unificazione del sistema e l'incremento della trasparenza delle procedure di prenotazione.

La Regione Marche, attraverso le precedenti deliberazioni sul tema (DGR 1040/2011 e DGR 1/2014), aveva fornito alle aziende del SSR (ASUR, INRCA, AOUR AN, AOR MARCHE NORD) alcune indicazioni operative per la garanzia del rispetto dei TdA previsti dal PNGLA, che prevedevano il coinvolgimento diretto di tutti i professionisti, che intervengono nel ciclo *prescrizione-prenotazione-erogazione-presa in carico*, mantenendo un equilibrio virtuoso tra domanda "appropriata" e offerta "adeguata" alle richieste. A loro volta, le Aziende erano tenute ad adottare un Piano Attuativo Aziendale (PAA) che recepisce i tempi massimi di attesa del PRGLA ed indicasse le specifiche modalità organizzative per la garanzia del loro rispetto in almeno il 90% delle richieste di prestazioni.

Nei PAA, (Det. DG AOR MN n. 41 del 18/06/14 "Recepimento ed attuazione dei contenuti della DGRM 1/2014: "Piano Attuativo Aziendale; Det. DG AOUR AN n. 31 del 16/6/14 "Deliberazione Regione Marche n. 1 del 7.1.2014 - Piano Attuativo Aziendale - approvazione; Det. DG INRCA n.32 del 10/2/14 "DGR marche n. 1 del 07/01/2014: "Linee di indirizzo per il governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa"; Det. DG ASUR n. 28 del 7/5/2014 "Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA) ai sensi della DGRM n. 1 del 07-01-2014, avvio e sviluppo; Det. DG ASUR n. 31 del 16/05/2014 "Parziale rettifica Determina 280/2014 Piano Attuativo Aziendale per il contenimento TdA ai sensi della DGRM n. 1 del 07-01-2014, avvio e sviluppo"; Det. AMM ASUR n. 45 del 1/09/2014 "Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei Tempi di Attesa: individuazione e nomina Responsabile della Specialistica ambulatoriale e costituzione Comitato Tecnico AV4; Det. Dir. AV1 n.743 del 22/8/14; Det. Dir. AV2 n. 1731 del 18/11/14; Det. Dir. AV3 n. 312 del 16/5/14; Det. Dir. AV4 n. 534 del 8/4/14; Det. Dir. AV5 n. 1034 del 25/09/14), sono state indicate azioni volte al contenimento dei TdA che, tuttavia, non sono ancora complete ed efficaci.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Peraltro, l'attuazione di specifiche misure per il governo delle liste di attesa, secondo quanto previsto nella DGR 1/2014, era già presente tra gli obiettivi sanitari dati alle aziende del SSR (DGR 986/14) e oggetto di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali delle aziende del SSR (DGR 1319/14).

La persistenza di forti criticità, nel rispetto dei TdA per alcune prestazioni, soprattutto quelle di diagnostica strumentale, nonostante le azioni già messe in campo per ottimizzare il rapporto tra domanda e offerta, impone la necessità di definire ulteriori misure per il raggiungimento degli obiettivi indicati nel PNGLA/PRGLA, sempre rispettando i principi di accessibilità alle cure, appropriatezza organizzativa ed economicità nell'utilizzazione delle risorse.

Le principali azioni correttive da intraprendere, in una breve prospettiva temporale, si riferiscono specificamente al governo della domanda e dell'offerta (correttezza ed appropriatezza delle prescrizioni, completamento dell'apertura delle agende differenziate per le prime visite/esami/accessi e delle agende dedicate per le patologie croniche con maggiore impatto assistenziale, programmazione di prestazioni aggiuntive, attivazione di software avanzati per il *recall*), all'efficientamento delle strumentazioni di diagnostica strumentale (DGR 346/2015 e 665/2015) e degli strumenti di monitoraggio (rilevazioni *ex ante* ed *ex post*, produzione di reportistica, etc.) ed alla predisposizione ed implementazione di un piano di informazione/comunicazione diretto ai cittadini, relativamente ai TdA e agli indici di performance finalizzato all'*empowerment* del cittadino, attraverso un incremento della trasparenza del sistema ed il coinvolgimento diretto dell'utente. L'identificazione e l'analisi del fabbisogno di prestazioni assistenziali costituisce il presupposto fondamentale per impostare una corretta attività di programmazione regionale e per definire sia il fabbisogno di strutture ed unità di erogazione di prestazioni e servizi, sia le condizioni indispensabili per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private.

Il numero di prestazioni erogate dalle Aziende del SSR, nell'anno 2014 (dati consolidati) è pari a 5.842.353 prestazioni per l'attività clinica e a 1.170.107 prestazioni di tipo diagnostico strumentale (al netto della mobilità passiva, non ancora consolidata per il 2014); per un'analisi più approfondita i dati sono stati suddivisi e valutati anche per Distretto di appartenenza dell'assistito.

La corretta prescrizione delle prestazioni, con indicazione della tipologia e priorità di accesso e l'attivazione delle agende di prenotazione per "prima visita/esame/accesso" sono le azioni che il presente atto individua come cruciali non solo per ridurre i tempi di attesa, ma per tutelare in particolare il cittadino che accede per la prima volta alle cure e che si trova nella fase diagnostica iniziale, la più importante per poter avviare un eventuale intervento medico o chirurgico spesso risolutivo.

Altrettanto strategica risulta la predisposizione di una reportistica standard per il monitoraggio dei TdA, suddivisi per Azienda ed AV, da pubblicare sui siti aziendali, nel sito istituzionale regionale e nel sito ARS ai fini della trasparenza.

AZIONI, INDICATORI E CRONOPROGRAMMA

Le azioni da attuare, di seguito esplicitate, devono essere oggetto di nuovo Piano Attuativo Aziendale (PAA) degli Enti del SSR, anche con riferimento ai volumi di attività istituzionale e di libera professione, entro 60 giorni dall'adozione della presente deliberazione; per l'ASUR il PAA deve essere declinato anche per Area Vasta.

Nei PAA deve, inoltre, essere individuato il responsabile dei TdA Aziendale e di AV, che dovrà coordinare e monitorare le azioni previste nel Piano attuativo.

Al fine di realizzare concretamente le azioni di seguito proposte, risulta necessario istituire un Gruppo Operativo Regionale (GOR) per i TdA, presieduto dal Dirigente del Servizio Sanità e composto come di seguito:

- il Dirigente della PF competente in materia;
- il Direttore Sanitario di ogni Azienda;
- il Responsabile dei TdA di ogni Azienda/AV;
- il Responsabile CUP;
- il Responsabile del Gruppo per la comunicazione;
- Funzionari regionali che si occupano delle materie inerenti le tematiche sui TdA che si rendessero necessari.

Alla nomina dei componenti del GOR-TdA provvede con decreto, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della presente deliberazione, il Dirigente del Servizio Sanità.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il GOR-TdA coadiuva il Dirigente del Servizio Sanità nel verificare tecnicamente l'applicazione della presente DGR, la coerenza dei Piani attuativi di Azienda/AV, le azioni specifiche attivate a livello territoriale, l'analisi dei dati disponibili a livello regionale. Considerato il valore strategico degli interventi volti a migliorare l'appropriatezza prescrittiva, il GOR-TdA utilizzerà i contributi forniti dal "Sistema dell'appropriatezza", previsto dagli accordi regionali con i medici convenzionati (DGR nn. 751/07, 1399/09, 345/2011) ed, in particolare, dall'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza e dai Pool di Monitoraggio.

Inoltre, il GOR-TdA vigilerà sul rispetto di quanto sarà stabilito nell'emanando Decreto ministeriale previsto dal DL n. 78 del 19 giugno 2015, convertito nella legge n. 125 del 6 agosto 2015, all'art. 9 quater, comma 1 circa le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché sull'effettuazione da parte delle Aziende dei controlli relativi al rispetto dei volumi di attività istituzionale e Libero Professionale effettuati ai sensi della DGR n. 106 del 23/2/2015.

La costituzione del GOR-TdA ed i livelli di partecipazione e confronto introdotti dalla presente deliberazione assorbono quanto previsto dalla DGR n.1/2014 relativamente alla costituzione del Tavolo di monitoraggio regionale, che pertanto è soppresso.

L'obiettivo che ci si pone è quello di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per la prima visita/esame/accesso richiesti con priorità B e D, sottoposte a verifica dal Tavolo di Monitoraggio LEA.

L'ultimo PNGLA, per il triennio 2010-2012, definisce i tempi massimi di attesa, per le 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio, indicando per le prestazioni con priorità "B" (Breve) 10 giorni, per le prestazioni con priorità "D" (Differibile) 30 giorni (visite) e 60 giorni (prestazioni strumentali), lasciando facoltà alle Regioni di poter stabilire deroghe per particolari situazioni di criticità. La Regione Marche, con il PRGLA adottato con DGR n. 1040 del 18/7/2011, aveva portato il tempo massimo di attesa, solo per alcune visite specialistiche, da 30 a 45 giorni (per la priorità "D") e, per alcuni esami di diagnostica strumentale, da 10 a 15 giorni (per la priorità "B") e da 60 a 75 e 90 giorni (per la priorità "D").

Le prestazioni "U" (Urgenti) vengono comunque garantite con percorsi dedicati all'interno delle singole Aziende.

Per le prestazioni indicate nei successivi "Obiettivi" le deroghe introdotte con la richiamata DGR n. 1040/2011 non saranno più efficaci a partire dal 01/05/2016. Da quella data i tempi di attesa saranno quelli previsti dal richiamato PNGLA per il triennio 2010-2012.

Obiettivo rispetto dei TdA per classe di priorità Breve verificate dal Tavolo di monitoraggio LEA per: visita oculistica, mammografia, TAC torace, ecocolordoppler tronchi sovraortici, RMN colonna vertebrale, ecografia ostetrico-ginecologica, visita ortopedica e visita cardiologica

Azioni	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	CRONOPROGRAMMA per ASUR AOUR AN AOR M. Nord, INRCA
Garanzia del rispetto dei TdA per le prime visite/esami per la priorità B	File C	Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dal PRGLA per la classe di priorità B	N. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni con classe di priorità B	25 % entro il 30 ottobre 50% entro 31/12/2015 e > del 90 % entro il 30/04/2016

Obiettivo rispetto dei TdA per classe di priorità Differita verificate dal Tavolo di monitoraggio LEA: visita oculistica, mammografia, TAC torace, ecocolordoppler tronchi sovraortici, RMN colonna vertebrale, ecografia ostetrico-ginecologica, visita ortopedica e visita cardiologica

Azioni	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	CRONOPROGRAMMA per ASUR AOUR AN AOR M. Nord, INRCA
Garanzia del rispetto dei TdA per le prime visite/esami per la priorità D	File C	Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dal PRGLA per la classe di priorità D	N. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni con classe di priorità D	25 % entro il 30 ottobre 50% entro 31/12/2015 e > del 90 % entro il 30/04/2016



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Obiettivo rispetto dei TdA per classe di priorità Breve e Differita per le altre visite ricomprese nelle 43 prestazioni critiche: chirurgia vascolare, endocrinologica, neurologica, ginecologica, otorinolaringoiatrica, urologica, dermatologica, fisiatrica, gastroenterologica, oncologica, pneumologica.

Azioni	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	CRONOPROGRAMMA per ASUR AOUR AN AOR M. Nord, INRCA
Garanzia del rispetto dei TdA per le prime visite per la priorità B e D	File C	Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dal PRGLA per la classe di priorità B e D	N. visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B e D	Numero totale di visite con classe di priorità B e D	> del 90 % entro il 30/04/2016

Obiettivo rispetto dei TdA per classe di priorità Breve e Differita per gli altri esami diagnostici ricompresi nelle 43 prestazioni critiche: TAC addome superiore, TAC addome inferiore, TAC addome completo, TAC capo (senza e con contrasto), TAC rachide e speco vertebrale, TAC bacino (senza e con contrasto), RMN cervello e tronco encefalico, RMN pelvi prostata e vescica, RMN muscolo-scheletrica, Ecografia capo e collo, Ecocolordoppler cardiaca, Ecocolordoppler dei vasi periferici, Ecografia addome, Ecografia mammella, Colonscopia, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile, Esofagogastroduodenoscopia, Elettrocardiogramma, Elettrocardiogramma dinamico (Holter), Elettrocardiogramma da sforzo, Audiometria, Spirometria, Fondo oculare, Elettromiografia

Azioni	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	CRONOPROGRAMMA per ASUR AOUR AN AOR M. Nord, INRCA
Garanzia del rispetto dei TdA per esami diagnostici per la priorità B e D	File C	Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dal PRGLA per la classe di priorità B e D	N. esami diagnostici garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità B e D	Numero totale di esami diagnostici con classe di priorità B e D	Per i seguenti esami: RMN cervello e tronco encefalico, RMN pelvi prostata e vescica, RMN muscolo-scheletrica, Ecografia capo e collo, Ecocolordoppler cardiaca, Ecocolordoppler dei vasi periferici, Ecografia addome, Ecografia mammella, Colonscopia, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile, Elettrocardiogramma da sforzo, Audiometria, Spirometria, Elettromiografia > del 90 % entro il 30/04/2016. Per i restanti esami strumentali: TAC addome superiore, TAC addome inferiore, TAC addome completo, TAC capo (senza e con contrasto), TAC rachide e speco vertebrale, TAC bacino (senza e con contrasto), Elettrocardiogramma, Elettrocardiogramma dinamico (Holter), Esofagogastroduodenoscopia, Fondo oculare 50% entro il 30/04/2016 e > del 90% entro il 31/12/2016

Di seguito le **AZIONI** per raggiungere l'obiettivo:

a. Prescrizione corretta con specifica indicazione della TIPOLOGIADI ACCESSO "prima visita/esame/accesso"

La prima azione da garantire, per un efficace governo dei TdA, è la corretta compilazione della ricetta, necessaria ad identificare ed intercettare le richieste di prestazioni sanitarie di prima visita/esame/accesso (quelle che rappresentano il primo contatto del cittadino con il sistema, relativamente allo specifico problema di salute) per le quali è obbligatorio rispettare il TdA in quanto sono sottoposte a monitoraggio, ai sensi del PNGLA/PRGLA).

A tal fine, è necessario:

- per le prime visite scrivere il codice prestazione del nomenclatore tariffario nazionale (89.7);
- per le visite successive deve essere indicato il codice relativo (89.01);
- in alternativa, è possibile indicare la dicitura "prima visita" e "visita successiva" o "visita di controllo";
- per le prestazioni strumentali, non essendo disponibili specifici codici del nomenclatore tariffario che consentano di individuare se trattasi di primo esame o esame successivo, nella ricetta deve essere indicata la dicitura "Primo accesso" o "Esame successivo".



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per favorire tale modalità prescrittiva, la Regione si impegna a dare specifiche indicazioni alle Software House produttrici dei programmi gestionali di cartella clinica e/o di studio medico, al fine di introdurre le specifiche necessarie nei programmi in uso, agevolando in tal modo la compilazione delle ricette da parte dei Medici Prescrittori. Tali disposizioni valgono fino a quando non sarà pienamente operativa la modalità di prescrizione e prenotazione della ricetta dematerializzata.

Azioni	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	ASUR	CRONOPROGRAMMA
Miglioramento della performance nella compilazione corretta della ricetta per tipologia di accesso (prima visita/esame o controllo)	Rilevazione ad hoc	prestazioni distinte per accesso	N. ricette con indicazione della tipologia di accesso	N. totale delle prescrizioni	>50% >90%	entro 31/12/2015 entro 30/04/2016

b. Prescrizione corretta con specifica indicazione del CLASSE DI PRIORITA' (U,B,D,P) solo per la prima visita/esame/accesso

Per le prestazioni individuate come prima visita/esame/accesso è necessario indicare, biffando l'apposita casella sulla ricetta, la classe di priorità a cui appartiene la richiesta (U, B, D, P), per poterla collegare agli specifici "tempi massimi di attesa", così come previsti dal presente documento entro cui è assolutamente appropriato e raccomandabile erogare le prestazioni.

La necessità che i Medici Prescrittori, ovvero MMG, PLS, Medici Specialisti, Medici Ospedalieri, nelle richieste di visite/esami di tipologia primo accesso biffino la classe di priorità scaturisce dalla Legge 326/2003 e trova piena e definitiva applicazione con il presente atto.

Azioni	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	ASUR	CRONOPROGRAMMA
Miglioramento della performance nella compilazione corretta della ricetta per classe di priorità (solo in caso di primo accesso)	Rilevazione ad hoc	Classe di priorità (U, B, D, P)	N. ricette con indicazione della priorità di accesso	N. totale delle prescrizioni identificate come primo accesso	> 50% > 90%	entro 31/12/2015 entro 30/04/2016

Le richieste di visita o esame "successivo/controllo/follow-up" non debbono contenere l'indicazione della classe di priorità in quanto esulano dall'obbligo del monitoraggio dei TdA.

c) Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per le prestazioni oggetto di monitoraggio dal PNGLA/PRGLA

Con DGR 1012/2014 sono stati adottati specifici Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, che collegano specifiche situazioni cliniche con la relativa classe di priorità e quindi con il tempo massimo di attesa. Tale modello operativo intende fornire alcune prime indicazioni al medico prescrittore al fine di favorire l'identificazione della classe di priorità di appartenenza di quella specifica richiesta sanitaria, tendente a standardizzare i comportamenti prescrittivi, secondo criteri condivisi di appropriatezza. Nella suddetta deliberazione sono stati identificati i RAO per alcune prestazioni specialistiche di primo accesso (14 visite specialistiche e 5 prestazioni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

radiologiche particolarmente critiche: RMN muscolo-scheletrica, RMN colonna vertebrale, RMN encefalo e tronco encefalico, ecografia mammaria e mammografia), ed è già in corso un percorso di verifica e condivisione di nuovi RAO, a completamento delle 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio ai sensi del PNGLA/PRGLA.

Si ribadisce al medico prescrittore l'obbligatorietà di indicare in maniera chiara la motivazione della richiesta di prima visita/esame/accesso, coerente con la classe di priorità richiesta. La motivazione può essere scritta in modo originale dal medico prescrittore, ovvero utilizzando i RAO regionali; in quest'ultimo caso l'obbligo di prescrizione appropriata si intende assolto. La definizione dei RAO sarà sottoposta a un percorso continuo di verifica e di adeguamento, con il coinvolgimento dei professionisti.

d) Organizzazione ed attivazione delle AGENDE DIFFERENZIATE per classi di priorità (U,B,D,P) per prima visita/esame/accesso

Uno degli strumenti necessari per poter garantire il rispetto dei TdA delle 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio ai sensi del PNGLA/PRGLA, è la costituzione di agende differenziate.

Il processo di revisione delle agende già avviato, è stato purtroppo rallentato dall'emergere di alcune criticità in fase di realizzazione, ma in ogni caso dovrà essere completato per tutte le 43 prestazioni, relativamente alle classi di priorità B e D, entro il 31/12/2015. Entro la stessa data tutte le Agende attualmente in uso da parte dei professionisti per la diagnostica strumentale devono essere gestite attraverso il sistema CUP.

Obiettivo agende differenziate visite specialistiche cardiologica, chirurgia vascolare, endocrinologica, neurologica, oculistica, ortopedica, ginecologica, otorinolaringoiatrica, urologica, dermatologica, fisiatrica, gastroenterologica, oncologica, pneumologica

Azioni	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	ASUR	AOUR AN	AOR M. Nord	INRCA	CRONOPROGRAMMA
Ottimizzazione offerta prime visite delle 14 branche specialistiche sottoposte a monitoraggio	Rilevazione ad hoc CUP	Numero di agende differenziate attivate per stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO per le 14 visite specialistiche e per ciascun Distretto	N. strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO che hanno attivato agende differenziate	Totale delle strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO e per ciascun Distretto	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite, limitatamente alle specialistiche presenti	ENTRO il 31/12/2015

Obiettivo agende differenziate esami diagnostici: Mammografia, TAC torace (senza e con contrasto), TAC addome superiore, TAC addome inferiore, TAC addome completo, TAC capo (senza e con contrasto), TAC rachide e speco vertebrale, TAC bacino (senza e con contrasto), RMN cervello e tronco encefalico, RMN pelvi prostata e vescica, RMN muscolo-scheletrica, RMN colonna vertebrale, Ecografia capo e collo, Ecocolor Doppler cardiaca, Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici, Ecocolor Doppler dei vasi periferici, Ecografia addome, Ecografia mammella, Ecografia ostetrico-ginecologica, Colonscopia, Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile, Esofagogastroduodenoscopia, Elettrocardiogramma, Elettrocardiogramma dinamico (Holter), Elettrocardiogramma da sforzo, Audiometria, Spirometria, Fondo oculare, Elettromiografia



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Azioni	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	ASUR	AOUR AN	AOR M.Nord	INRCA	CRONOPROGRAMMA
Ottimizzazione offerta primi esami diagnostici sottoposti a monitoraggio dal PNLGA/PRGLA	Rilevazioni e ad hoc CUP	Numero di agende differenziate attivate per stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO per i 29 esami diagnostici sottoposti a monitoraggio e per ciascun Distretto relativamente alle prestazioni ivi gestibili	N. strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO che hanno attivato agende differenziate	Totale delle strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO e per ciascun Distretto relativamente alle prestazioni ivi gestibili	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuno dei 29 esami diagnostici	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuno dei 29 esami diagnostici	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuno dei 29 esami diagnostici	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuno dei 29 esami diagnostici, limitatamente alla diagnostica presente	ENTRO il 31/12/2015

e) Azioni per la presa in carico da parte dei medici specialisti ospedalieri di pazienti con patologie croniche

Ai pazienti affetti da una malattia cronica, già in cura presso specialisti di settore, vanno garantite con procedure informatizzate, prescrizione e prenotazione della visita specialistica successiva e delle principali indagini che si rendono necessarie contestualmente alla presa in carico. In tutte le sedi in cui avviene la presa in carico specialistica si deve stabilire un raccordo con il referente della diagnostica, spesso interno alla medesima struttura ospedaliera, per dar corso alla prescrizione e prenotazione diretta nonché all'acquisizione del referto. In prima applicazione la prescrizione e prenotazione riguarda le seguenti discipline:

a) presa in carico cardiologica

Azioni	Fonte	Indicatore	Prestazione	ASUR	AOUR AN	AOR M. Nord	INRCA	CRONOPROGRAMMA
Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione di reportistica attestante l'attivazione di slot dedicati	100% U.O. della disciplina	VISITE	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015
			ECG dinamico	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015
			Prova da sforzo	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015
			ECO cardiaca	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015

b) presa in carico oncologica

Azioni	Fonte	Indicatore	Prestazione	ASUR	AOUR AN	AOR M. Nord	INRCA	CRONOPROGRAMMA
Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione di reportistica attestante l'attivazione di slot dedicati	100% U.O. della disciplina	VISITE	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	NO	ENTRO IL 31/12/2015
			Radiologia	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	NO	ENTRO IL 31/12/2015
			TAC	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	NO	ENTRO IL 31/12/2015



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

			RMN	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	NO	ENTRO IL 31/12/2015
			PET	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	NO	ENTRO IL 1/03/2016

c) presa in carico diabetologica

Azioni	Fonte	Indicatore	Prestazione	ASUR	AOUR AN	AOR M. Nord	INRCA	CRONOPROGRAMMA
Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione di reportistica attestante l'attivazione di slot dedicati	100% U.O. della disciplina	VISITE	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015
			FONDO OCULARE	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015
			EMG-ENG	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	ENTRO IL 1/03/2016

d) presa in carico nefrologica

Azioni	Fonte	Indicatore	Prestazione	ASUR	AOUR AN	AOR M. Nord	INRCA	CRONOPROGRAMMA
Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione di reportistica attestante l'attivazione di slot dedicati	100% U.O. della disciplina	VISITE	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015
			ECO addome	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015

e) presa in carico neurologica

Azioni	Fonte	Indicatore	Prestazione	ASUR	AOUR AN	AOR M. Nord	INRCA	CRONOPROGRAMMA
Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione di reportistica attestante l'attivazione di slot dedicati	100% U.O. della disciplina	EEG	NO	NO	NO	Agenda dedicata	ENTRO IL 30/11/2015
			EMG-ENG	NO	NO	NO	Agenda dedicata	ENTRO IL 30/11/2015
			RMN cervello, tronco encefalico, colonna vertebrale	NO	NO	NO	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015
			TAC capo, rachide e speco vertebrale	NO	NO	NO	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015
			ECO color doppler tronchi sovra aortici	NO	NO	NO	Agenda dedicata	ENTRO IL 31/12/2015

Le Direzioni aziendali potranno, inoltre, individuare percorsi di presa in carico della cronicità anche in ambiti specialistici differenti rispetto a quelli descritti (es. pneumologia, gastroenterologia, neurologia), al fine di migliorare la qualità



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

assistenziale, anche attraverso l'esecuzione di esami presso le medesime strutture (e quindi possibilità di confronto con esami precedenti), e ridurre al minimo la possibilità di erogazione di esami ridondanti o inutili.

f) Utilizzo massimale delle strumentazioni

Per la riduzione dei TDA delle prestazioni critiche è necessario prevedere l'utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie (per almeno 12 ore giornaliere per la diagnostica strumentale e fino a 18 ore giornaliere per alcune apparecchiature medicali) consentendo, oltre all'aumento dell'offerta di prestazioni, anche di offrire una qualità "tecnica" più elevata delle prestazioni medesime.

Gli Enti del SSR sono tenuti a fornire un elenco del monte orario giornaliero di funzionamento e dei volumi di attività delle apparecchiature diagnostiche in dotazione entro il 30/11/2015 e ad attivare entro il 31/12/2015 il pieno utilizzo delle apparecchiature strumentali per le necessità sopra richiamate, anche attraverso il pieno utilizzo dei finanziamenti per l'acquisto di attrezzature, l'adeguamento delle infrastrutture informatiche e dei programmi gestionali, la rimodulazione dei carichi di lavoro e l'assegnazione del personale.

g) Ruolo dei MMG e dei PLS

Il governo dei tempi di attesa potrà essere raggiunto più efficacemente e tempestivamente quanto più si coinvolge nel perseguirlo il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta. La migliore rassicurazione per il paziente è rappresentata dalla reale presa in cura da parte del suo medico di fiducia. Nell'ambito degli accordi per la Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta è, pertanto, necessario prevedere la possibilità di prenotazione diretta per visite e prestazioni da parte del MMG/PLS. Sono, inoltre, da prevedere all'interno del processo di riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale definito con la DGR 452/2014 (Allegato A, punto 2, comma 1) forme di collaborazione tra specialisti e MMG/PLS per la consulenza specialistica e il confronto diretto, anche sotto forma di sperimentazioni locali, definite da Accordi Regionali. La vicinanza al cittadino migliorerà la sicurezza di una presa in carico più stringente.

Infine nelle Case della Salute o nell'ambito delle Equipe territoriali dovranno essere attivati punti di prenotazione diretti per i cittadini:

Azioni	Fonte	Indicatore	ASUR	CRONOPROGRAMMA
Ottimizzazione prenotazione prime visite	Rilevazione ad hoc - CUP	Numero di case della salute – equipe territoriali attivate per AV presso cui è possibile effettuare le prenotazioni per prime visite ed esami strumentali	Almeno 1 sede attivata per AV	ENTRO IL 31/12/2015

h) Corsi formativi sulle modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali

Le azioni messe in campo per l'identificazione della tipologia di accesso sono state principalmente rivolte a realizzare un percorso formativo, a livello territoriale e all'interno delle aziende ospedaliere, finalizzato ad aggiornare strumenti e conoscenze che consentano di limitare il fenomeno dell'inappropriatezza prescrittiva, consentendo al Medico di Medicina generale, al Pediatra di Libera Scelta e allo Specialista di poter governare la tipologia e la tempistica della risposta prescrittiva da fornire al cittadino che manifesta un bisogno sanitario (vedi allegato A1). **Le aziende ed Enti sono impegnate a completare i percorsi formativi con il seguente cronoprogramma:**

Corsi	ASUR	AOUR AN	AOR M. Nord	INRCA	CRONOPROGRAMMA
COMPLETAMENTO INCONTRI MMG/PLS	Almeno 1 per ogni distretto/ex-Zona	NO	NO	NO	ENTRO IL 31/12/2015



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

COMPLETAMENTO INCONTRI CON COORDINATORI DI AREA E SPECIALISTI TERRITORIALI	Almeno 1 per ogni distretto/ex-Zona	NO	NO	NO	ENTRO IL 31/12/2015
COMPLETAMENTO INCONTRI CON SPECIALISTI OSPEDALIERI	Almeno 1 per ogni stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV	Almeno 1 per ogni dipartimento aziendale	Almeno 1 per ogni dipartimento aziendale	Almeno 1 per ogni dipartimento aziendale	ENTRO IL 31/12/2015
COMPLETAMENTO INCONTRI CON IL PERSONALE ADDETTO ALLA PRENOTAZIONE	Almeno 1 per ogni postazione di prenotazione	Almeno 1 per ogni postazione di prenotazione	Almeno 1 per ogni postazione di prenotazione	Almeno 1 per ogni postazione di prenotazione	ENTRO IL 31/12/2015

i) Incremento dell'offerta e ricorso a progettualità tramite l'utilizzo del 5% dell'ALPI (fondo Balduzzi)

Il ricorso all'aumento delle prestazioni risulta strategico nei casi in cui esista un evidente squilibrio tra la domanda "appropriata" di prestazioni e un insufficiente volume di offerta, con conseguente ricorso dei cittadini marchigiani a prestazioni fuori regione (mobilità passiva), incremento di spesa per la Regione e disagio per il cittadino (tempo e risorse economiche da destinare ai viaggi, assenza dal lavoro, etc).

L'avvio delle attività previste dalla presente deliberazione comporta, inoltre, la necessità di riallineare le prenotazioni già in corso con le prevalenti modalità, favorendo lo smaltimento delle liste di attesa esistenti.

A tal fine le aziende/aree vaste dovranno far ricorso prioritariamente agli istituti previsti nei contratti ed accordi in essere, favorendone il pieno ed adeguato utilizzo, con particolare riferimento ai fondi di produttività, alla retribuzione di risultato, all'accordo integrativo regionale della specialistica ambulatoriale (DGR 345 del 14/03/2011, art. 5, 9, 11).

In aggiunta, l'azienda/area vasta, ai sensi dell'art. 1 comma 4 lett. c) della Legge n. 120/2007 e tenuto conto del parere del Ministero della Salute Dipartimento della programmazione e del SSN (prot. n. 17019 del 29/03/2013), deve trattenere quale ulteriore quota sugli importi da corrispondere a cura dell'assistito per fruire di prestazioni in libera professione, una somma pari al 5% dell'onorario del libero professionista, da vincolare, tra l'altro, alla riduzione delle liste di attesa.

La disposizione suddetta deve trovare attuazione secondo le modalità previste nell'art. 12, allegato A alla DGR n. 106/2015, per cui le risorse di che trattasi e le eventuali eccedenze, previste dall'art. 11 allegato A alla richiamata DGR, saranno utilizzate dalle aziende per la riduzione dei tempi di attesa, sulla base di specifiche progettualità, da definirsi in sede di contrattazione aziendale/di area vasta e potranno essere destinate all'acquisizione di personale o di prestazioni aggiuntive ai sensi degli art. 55 comma 2 CCNL 8/6/2000 della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Legge 1/2002.

In particolare le risorse verranno finalizzate alla produzione di prestazioni ambulatoriali cliniche e diagnostiche aggiuntive rispetto a quelle già offerte dal SSR, organizzate in specifiche agende differenziate rispetto a quelle istituzionali per la prima visita/esame/accesso e classe di priorità, scelte tra le 43 prestazioni individuate nel PNGLA/PRGLA, particolarmente critiche in termini di TdA, selezionate tra quelle con attesa media maggiore di 100 giorni. L'incremento di produzione correlato con l'utilizzo del "fondo Balduzzi" potrà essere raggiunto anche attraverso l'acquisizione di personale, il cui costo non sarà comunque considerato ai fini del rispetto dei tetti di costo specifici previsti dalla normativa vigente (art. 9 comma 28 DL 78/2010 e art. 2 comma 71 Legge 191/2009). Tutte le Aziende del SSR devono fornire, con cadenza annuale, il computo totale degli introiti provenienti da tale fondo e la specifica di quali agende hanno attivato.

Azioni	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	ASUR	AOUR AN	AOR M. Nord	INRCA	CRONOPROGRAMMA
Optimizzazione offerta Prime visite e prestazioni strumentali	Rilevazione ad hoc - CUP	Numero di agende differenziate attivate con fondo 5% ALPI	Numero di agende differenziate attivate con fondo 5% ALPI (con almeno 5 disponibilità/sett) per prestazioni con criticità dei TdA	N. strutture eroganti per stabilimento del presidio unico ospedaliero di AV o presidio AO	Almeno 1 agenda differenziata attivata per almeno 3 prestazioni critiche per stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV	Almeno 1 agenda differenziata attivata per almeno 5 prestazioni critiche	Almeno 1 agenda differenziata attivata per almeno 5 prestazioni critiche	Almeno 1 agenda differenziata attivata per almeno 5 prestazioni critiche	ENTRO IL 30/03/2016



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Le prestazioni acquisite con le risorse di cui al presente punto devono essere effettuate fuori dell'orario istituzionale, privilegiando orari di non utilizzo degli spazi/apparecchiature (es. sabato/domenica, fasce orarie 18/24).

j) Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato accreditato

Tra le altre iniziative per il governo dell'offerta, è necessario che il Privato accreditato afferisca al CUP regionale e che siano predisposte e attivate agende differenziate in modo da poter ampliare, garantendo trasparenza e accessibilità, la disponibilità di prestazioni particolarmente critiche in termini di TdA (selezionate tra quelle con attesa media maggiore di 100 giorni: visita oculistica, visita cardiologica, visita endocrinologica, mammografia, RMN colonna vertebrale, RMN cervello e tronco encefalico, RMN pelvi prostata e vescica, RMN muscolo-scheletrica, TAC torace, TAC addome, TAC bacino, ecocolordoppler cardiaca, ecografia capo e collo, ecocolordoppler vasi epiaortici e periferici, ecografia mammella, ecografia addome, esofagogastroduodenoscopia, colonscopia e sigmoidoscopia, elettrocardiogramma, elettrocardiogramma da sforzo, elettrocardiogramma dinamico, elettromiografia).

Le strutture del Privato Accreditato inserite nella rete dell'offerta debbono rispettare le regole previste in questa delibera. Le prestazioni di specialistica ambulatoriale già fornite dal privato accreditato, dovranno essere riorientate a favore delle richieste di prima visita/esame/accesso con classe di priorità, nel rispetto della appropriatezza prescrittiva, per i cittadini marchigiani.

L'ASUR orienterà pertanto la committenza al rispetto dei TdA più critici in ciascuna Area Vasta chiedendo, all'interno dei tetti attuali di spesa, agli erogatori Privati, le prestazioni a tal fine necessarie. Eventuali prestazioni aggiuntive che dovessero rendersi necessarie saranno richieste successivamente alla ridefinizione della committenza e nel rispetto dei contenuti degli accordi regionali con le categorie interessate.

CRONOPROGRAMMA: attivazione e inserimento a CUP di almeno 10 agende differenziate (ognuna con almeno 10 disponibilità/settimana) per prima visita/esame con classe di priorità per prestazioni critiche per ogni erogatore del privato accreditato, entro 60 giorni a partire dalla data di stipula delle nuove convenzioni.

k) Programmazione delle prestazioni offerte a "tariffe calmierate"

Possibilità di individuare, da parte delle aziende/aree vaste, soggetti privati accreditati e/o pubblici che si rendano disponibili ad erogare a tariffe contenute, alcune prestazioni strumentali, in particolare la RMN della colonna e delle articolazioni, di particolare impatto sui tempi di attesa e/o gravate da rilevanti fenomeni di mobilità passiva extra regionale.

Tali tariffe devono risultare "appetibili" per tutti quei cittadini che decidono di rivolgersi a strutture extra regionali perché non ritengono di dover attendere i tempi lunghi previsti per queste prestazioni, che avendo per lo più classe di priorità di tipo P, sono da effettuarsi entro 180 giorni, o sono affette da alto rischio di inappropriately e quindi a rischio di essere a totale carico del cittadino, come previsto dall'emanando decreto ministeriale sull'appropriatezza prescrittiva.

L'appetibilità di queste tariffe si realizza se la prestazione viene erogata a costi che il cittadino, che si rivolge a strutture di altre regioni, già sostiene, vale a dire il costo del ticket (€ 36,20), della quota fissa di € 10 e il costo del trasferimento fuori regione. Ad un costo sovrapponibile il cittadino può scegliere di effettuare tali prestazioni vicino al proprio domicilio, con analoga tempestività rispetto alle sedi extra regionali traendone vantaggio.

Per di più il cittadino beneficia indirettamente, come tutti i cittadini marchigiani, del recupero di risorse che oggi la Regione Marche spende in mobilità passiva verso le strutture delle altre Regioni che fatturano tali prestazioni sulla base dei tariffari regionali, con valori che sono spesso più del doppio dei costi sopra indicati.

l) CUP - Gestione del recall

In un sistema in cui, nonostante si cerchi di selezionare una domanda appropriata di prestazioni, è evidente una limitatezza dei volumi di offerta, è necessario mettere in atto anche azioni volte al recupero delle prestazioni che non vengono erogate per mancata presentazione del richiedente e mancato annullamento in tempo utile per poter far posto ad un altro paziente (fenomeno del *drop out*).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

A tal fine, è stata eseguita un'analisi di fattibilità per l'introduzione di un software, all'interno del CUP regionale, che effettui una azione di *recall* dei cittadini titolari della prenotazione, che consenta di liberare orari per prestazioni. Tale sistema va ad incidere sull'ottimizzazione delle liste di attesa, dato che ogni singola rinuncia viene immediatamente rimpiazzata con l'inserimento nell'agenda della prenotazione di un altro utente.

Oltre a migliorare la percezione del livello del servizio offerto al cittadino, il sistema di *recall* aumenta il numero delle prestazioni erogate dai vari ambulatori (di circa il 20-30%), con costi assolutamente marginali rispetto al valore di una visita ambulatoriale persa. A tal fine si sta completando la procedura di acquisto di tale software come previsto dalla DGR 664/2015.

Sono inoltre allo studio forme di sperimentazione di partecipazione al CUP delle farmacie regionali allo scopo di gestire richieste di esami e disdette.

m) Coerenza con l'evoluzione del sistema ICT regionale e nazionale

Gli specialisti ospedalieri devono garantire il rispetto e la coerenza con le norme relative alla dematerializzazione della prescrizione/prenotazione di prestazioni sanitarie così come indicato nella DGR 666/2015 di seguito riportata:

Obiettivi	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target O. Riuniti	Target M. Nord	Target INRCA
Dematerializzazione prescrizioni e prenotazioni specialistiche	Numero di prescrizioni e Numero di prenotazioni dematerializzate per le aree oncologia (neurologia per INRCA), nefrologia, diabetologia, cardiologia	Valore assoluto prescrizioni prenotazioni e specialistiche dematerializzate per le aree oncologia (neurologia per INRCA), nefrologia, diabetologia, cardiologia	totale prescrizioni specialistiche e prenotazioni per le aree oncologia (neurologia per INRCA), nefrologia, diabetologia, cardiologia	100% entro il 31/12/2015			

Relativamente ai medici convenzionati l'ASUR, entro 30 giorni dall'approvazione del presente atto, provvede a concludere le procedure tecnico-amministrative di competenza, necessarie per mettere a disposizione degli stessi gli strumenti previsti negli Accordi regionali con gli MMG/PLS al fine di avviare compiutamente la prescrizione dematerializzata per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

n) Coinvolgimento dei cittadini

I pazienti attraverso i rappresentanti dei cittadini collaboreranno al miglioramento della domanda attraverso il supporto per una comunicazione efficace e corretta affinché si riducano le richieste improprie.

A tale riguardo alcune Associazioni dei cittadini hanno già dimostrato una sensibilità al problema dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni aderendo alla campagna promossa da numerose Società Scientifiche "Fare di più non significa fare meglio". Andranno inoltre ricercate e realizzate forme di collaborazione attiva con le Associazioni per quanto riguarda la sensibilizzazione dei cittadini ad una tempestiva segnalazione delle rinunce all'effettuazione di prestazioni già prenotate.

Il luogo privilegiato in cui potranno essere programmate e realizzate queste azioni è rappresentato dai Comitati di Partecipazione Aziendali e di Area Vasta, a livello dei quali andranno inoltre previsti momenti di monitoraggio e di confronto sullo stato di avanzamento e sui risultati raggiunti dal Programma per la Riduzione dei Tempi di attesa.

o) Partecipazione delle forze sociali

Le aziende/aree vaste attivano i tavoli di confronto e monitoraggio previsti dalla DGR 149/2014 per valutare l'andamento dei tempi di attesa in relazione alle azioni previste dalla presente deliberazione. Analogo tavolo è istituito a livello regionale.

p) Comunicazione



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Un'efficace comunicazione al cittadino relativamente alle modalità di valutazione dei tempi di attesa, alla necessità di distinguere le prestazioni in base alla tipologia e alla classe di priorità, rappresenta un ottimo strumento di marketing della salute, in grado di soddisfare le esigenze di informazione del cittadino, offrire un canale di dialogo e di ascolto, proporre un utilizzo trasparente dei dati, finalizzato all'erogazione di un servizio di qualità, e supportare il cittadino nelle scelte di tutela della propria salute.

A tale scopo, con decreto del Dirigente del Servizio Sanità, viene istituita una "task force" (Gruppo per la comunicazione), a cui parteciperanno un rappresentante a ciò dedicato per ciascuna Azienda ed Ente del SSR, un medico indicato dal Comitato regionale per la medicina generale, oltre a personale regionale, e presieduto dal Direttore ARS, che avrà tra gli altri compiti quello di mettere a disposizione in maniera trasparente i dati relativi ai TdA, per attivare forme di confronto con i cittadini, fornire dati sull'andamento del progetto all'esterno e dare risposte coerenti ai cittadini che segnalano criticità. Nello stesso decreto viene individuato all'interno del gruppo il responsabile del Gruppo per la comunicazione che farà parte del GOR-TdA. Dopo il completamento delle azioni di revisione, che si stanno realizzando in Regione, dei flussi informativi collegati ai tempi di attesa, saranno quindi definiti i report specifici aziendali e regionali.

Gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto di quanto previsto sulla comunicazione e trasparenza come previsto dal PNGLA/PRGLA e dagli adempimenti LEA.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A1

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. PREMESSA

Il presente documento, allegato A1, si applica alle prestazioni ambulatoriali, solo di primo accesso, su pazienti non ricoverati (o comunque per esami/visite non in prosecuzione di ricovero) e non inviati dal Pronto Soccorso. Esso fornisce indicazioni operative secondo quanto disposto dagli atti nazionali e regionali in tema di liste di attesa. Tali disposizioni nazionali lasciano in alcuni casi lo spazio ad interpretazioni diverse che questo documento intende invece rendere omogenee a livello regionale.

Queste indicazioni non riprendono le disposizioni relative alla compilazione delle ricette ed ai flussi informativi sulle prestazioni ambulatoriali se non nei punti rilevanti ai fini di una corretta prescrizione e gestione del sistema di prenotazione/erogazione.

Il documento è orientato soprattutto a supportare l'attività dei professionisti impegnati nella prescrizione ed organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali e si attua nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia.

2. I PRINCIPI GENERALI

I principi alla base del documento sono:

- il paziente è al centro del sistema organizzativo delle attività ambulatoriali e deve essere accompagnato e facilitato nei percorsi interni a questo sistema;
- il corretto rapporto tra medico curante (Medico di Medicina Generale – MMG, e Pediatra di Libera Scelta - PLS) e livello specialistico nelle sue varie articolazioni (territoriale ed ospedaliera);
- la scelta di spingere l'organizzazione dell'offerta specialistica di prestazioni ambulatoriali a fare in modo di strutturarsi in percorsi organizzativi che accompagnino e facilitino il paziente attraverso:
 - a) il consulto garantito dal medico specialista a cui il MMG/PLS invia il paziente con uno **specifico quesito clinico**, fino all'approfondimento/completamento del percorso diagnostico, in risposta al quesito formulato
 - b) la presa in carico del paziente cronico, con patologia già nota, che necessita di un monitoraggio continuo nel tempo;
 - c) l'utilizzo di strumenti quali i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) ed i Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali (PDTA);
 - d) la creazione di aree/modelli organizzativi di day-service finalizzati a facilitare la presa in carico integrata dei pazienti;
- la scelta di riservare agende dedicate e distinte tra le prestazioni sui "nuovi" pazienti e quelle sui pazienti già inseriti nei percorsi di presa in carico da parte del livello specialistico;
- la distinzione del tipo di accesso (**primo accesso/visita/esame o accesso/visita/esame successivo**) **effettuato tramite gli appositi codici del nomenclatore nazionale come indicato al punto a) dell'allegato A** che non è solo "amministrativa", ma soprattutto culturale ed organizzativa (il monitoraggio delle liste di attesa – si ricorda – si fa solo sulle prestazioni di primo accesso).
- La biffatura di una delle caselle di priorità (U,B,D,P)

3. INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI PRIMO ACCESSO/VISITA/ESAME

- **Come deve essere compilata la ricetta?**

In caso di "**primo accesso/visita/esame**", individuati dagli appositi codici del nomenclatore nazionale, come esplicitato nel punto a) dell'allegato A, deve essere **necessariamente e chiaramente indicata sulla ricetta la biffatura della casella di priorità (U,B,D,P)** per avere la possibilità di tempistiche definite per l'erogazione della prestazione.

- **Quali sono le prestazioni di primo accesso/visita/esame?**

Queste prestazioni corrispondono per lo più a **situazioni cliniche "nuove"**, di recente insorgenza o riacutizzazioni di patologie croniche da approfondire secondo specifiche tempistiche in modo da arrivare ad una conclusione diagnostica.

- **Quale medico può prescriberle?**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Nella maggior parte dei casi tali prestazioni vengono prescritte dal **MMG/PLS** che in genere viene coinvolto per primo nella gestione di un problema clinico di “nuova” insorgenza.

La prescrizione può essere eseguita anche dal **medico specialista**.

Dirimente in questi casi è la seguente regola: prescrive chi decide di effettuare la prestazione perché ritenuta clinicamente utile.

• **Quali classi di priorità indicare?**

La classe di priorità (U,B,D,P) andrà riportata usando di regola, per quella specifica condizione clinica, la terminologia indicata nel corrispondente raggruppamento d’attesa omogeneo (RAO) presente nella DGR 1012/2014. Il medico prescrittore indicherà comunque la classe di priorità (U,B,D,P) anche nel caso di prestazioni (esami strumentali) non ancora incluse nel sistema RAO, o per quesiti clinici diversi dai RAO.

• **La classe di priorità P riguarda le visite di controllo?**

Assolutamente no. Il codice di priorità P (come anche U,B,D) si riferisce solo alle prestazioni di “primo accesso/visita/esame” che sono *programmabili* e cioè eseguibili anche in tempi superiori a quanto previsto per la D. Le prestazioni di controllo, a differenza di queste, sono gestite secondo quanto previsto al successivo punto 4.

4. INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI (VISITA/ACCESSO/ESAME) SUCCESSIVE O DI CONTROLLO O FOLLOW-UP

• **Quali sono le prestazioni successive?**

Tali prestazioni sono riconducibili a tre specifiche tipologie:

- prestazioni di approfondimento:** per il completamento dell’iter diagnostico finalizzato a fornire una risposta al quesito clinico proposto dal MMG/PLS e che necessita, a parere dello specialista, di ulteriori prestazioni oltre a quelle già richieste ed eseguite. In questo caso la prescrizione è esclusivamente a carico del medico specialista.
- prestazioni di controllo:** per monitorare nel tempo una condizione clinica acuta ancora suscettibile di evoluzione;
- prestazioni di follow-up:** per monitorare la condizione clinica di pazienti affetti da condizioni croniche al momento stabilizzate (es. nefropatia cronica, scompenso cardiaco, diabete, etc.).

Per le prestazioni di controllo e di follow-up è utile inserire in ricetta un riferimento temporale (a un mese, a tre mesi, a sei mesi ...) per avere la possibilità di tempistiche definite per l’erogazione della prestazione.

• **Chi può prescrivere le prestazioni per “accesso successivo”?**

Le prestazioni di approfondimento per il completamento dell’iter diagnostico vengono prescritte direttamente, nel rispetto di quanto previsto al punto a) dell’allegato A dal medico specialista.

Le prestazioni di controllo e di follow-up possono essere prescritte sia dal medico specialista che dal medico curante MMG/PLS.

Dirimente in questi casi è la seguente regola: prescrive chi decide di effettuare la prestazione perché ritenuta clinicamente utile.

• **In caso di riacutizzazione di una patologia cronica già diagnosticata chi può fare la prescrizione?**

Se il paziente è in carico al livello specialistico la richiesta di prestazioni avverrà con il percorso degli accessi successivi utilizzando l’approccio delle prestazioni di approfondimento.

Se il paziente è in carico al MMG/PLS si utilizzeranno i percorsi descritti nel paragrafo dei primi accessi; nel caso di riacutizzazione di patologia cronica con diritto all’esenzione dal ticket per patologia (DM 329/1999), solo per la visita specialistica di controllo, accanto all’indicazione della tipologia (codice 89.01) potrà essere biffata la classe di priorità compatibile con la situazione clinica.

5. LE PRESTAZIONI URGENTI (CLASSE PRIORITA’ “U”)

Le prestazioni urgenti (U), ma non da Pronto Soccorso, vanno gestite in modo formalizzato e quindi esplicito da parte di ciascuna struttura erogatrice.

Esse vanno distinte in:

- **urgenze “interne”** gestite all’interno di percorsi di presa in carico da parte del livello specialistico. In questo caso sarà cura degli ambulatori interessati definire le relative modalità di gestione in collaborazione con le altre UUOO coinvolte;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- **urgenze “esterne”** cioè inviate dal MMG/PLS; in questo caso sarà cura della struttura concordare e comunicare le modalità con cui poter accedere alle relative prestazioni, coerenti con una modalità organizzativa definita a livello di ASUR/AV e tenendo in considerazione anche le attività svolte dai Medici Ambulatoriali Interni (convenzionati). Queste modalità vanno esplicitate nella carta dei servizi e comunicate dalle Aree Vaste/ASUR in modo da fornire una informativa continuamente aggiornata ai MMG/PLS evitando sovrapposizioni di modalità erogative eccessivamente differenziate.

6. PREDISPOSIZIONE DELLE AGENDE

Ciascuna UO che fornisce prestazioni in attività ambulatoriale deve articolare la programmazione delle proprie attività prevedendo agende CUP:

- a) **non prenotabili al front-office** per le prestazioni rivolte ai pazienti:
 - ricoverati (e in prosecuzione di ricovero entro 30 giorni);
 - inviati dal Pronto Soccorso (vedi paragrafo 5)
 - presi temporaneamente in carico dallo specialista della stessa struttura per un problema clinico “nuovo” ed inviati dal MMG/PLS con la richiesta di “primo accesso” e classe di priorità (B,D,P) (in base ad accordi interaziendali sarà possibile riservare spazi anche a pazienti presi in carico da specialisti di altre strutture pubbliche);
 - presi in carico in modalità “accesso successivo” dallo specialista interno alla struttura nell’ambito di specifici protocolli condivisi intra aziendali di monitoraggio;
- b) **prenotabili al front-office** per le prestazioni rivolte ai pazienti:
 - inviati dal MMG/PLS o nei casi selezionati dallo specialista (vedi par.3), con la richiesta di “primo accesso/vista/esame”, quesito clinico e indicazione della relativa classe di priorità;
 - presi in carico in modalità “accesso successivo” dal MMG o da uno specialista esterno alla struttura con quesito clinico.

7. IL SISTEMA DI PRENOTAZIONE UNICO REGIONALE

In accordo con le indicazioni delle linee guida nazionali, il CUP deve prevedere:

- la distinzione dei posti assegnati alle differenti tipologie di accesso;
- la disponibilità di meccanismi automatici di riconversione dai primi agli accessi successivi e viceversa, in caso di posti rimasti vuoti, tenendo comunque in considerazione la necessità di un maggior intervallo di tempo per una visita di “primo accesso” rispetto a quella di “accesso successivo”;
- di rendere distinti e dedicati i posti riservati a percorsi specifici di presa in carico;
- la possibilità di riconversione di posti nelle agende distinte per classi di priorità, in modo che i posti non occupati in una classe di priorità vengano resi disponibili, nei giorni immediatamente precedenti alla scadenza, alla prenotazione in un’altra classe di priorità;
- di assegnare alle prestazioni con i codici di priorità B e D i tempi massimi di attesa definiti negli atti regionali anche in modo difforme rispetto agli atti nazionali.

8. LA GESTIONE DELLE RICHIESTE INCOMPLETE O DIFFORMI RISPETTO ALLE INDICAZIONI DEGLI ATTI REGIONALI

Per quanto riguarda l’inserimento nelle agende di ricette incomplete valgono le seguenti indicazioni:

- a) richieste di primo accesso, **con classe di priorità ma senza quesito diagnostico**: si accetta la classe di priorità indicata fino a completamento del percorso formativo regionale e si manda una comunicazione standard (da definirsi a cura del tavolo di monitoraggio regionale) al medico prescrittore;
- b) richieste di prestazioni **senza specifica del tipo di accesso**: si attribuisce la prestazione ad un percorso di accesso successivo, con un tempo di effettuazione comunque non inferiore alla classe di priorità D, a meno che non sia indicata la classe di priorità (in tal caso viene considerato “primo accesso”);
- c) richieste di prestazioni di primo accesso **senza quesito diagnostico e senza classe di priorità**: si attribuisce, in attesa del completamento della formazione la classe di priorità P;
- d) richieste di prestazioni formulate con **modalità difforme dalla corrispondente tabella RAO** della DGR 1012/2014: stessa modalità di gestione delle prestazioni di cui al punto c).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tra le attività svolte nell'ambito del tavolo di monitoraggio "tempi di attesa", è stata messa in atto una verifica della disponibilità di agende dedicate per le 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA, distinta per Azienda/distretto di erogazione. I referenti aziendali per i "tempi di attesa" hanno analizzato le disponibilità per le prestazioni, di primo accesso e con priorità B e D, di natura clinica e di diagnostica per immagini di tutte le strutture ambulatoriali, intese come sedi presso le quali il cittadino si può rivolgere per fruire prestazioni afferenti ad una o più specialità (discipline), all'interno dell'Area vasta/Azienda di appartenenza. E' in corso una ulteriore analisi sui singoli punti di offerta, intendendo come "punto di offerta" l'unità elementare di rilevazione corrispondente alla presenza di una disciplina presso una sede. Per ogni AV/Azienda sono state valutate la messa in disponibilità di posti in agende differenziate per tipologia di accesso (primo/controllo) e priorità (Breve, Differita) presenti a CUP. Dall'analisi risulta una *disomogenea distribuzione delle agende attivate con ulteriore difformità dei volumi di erogazione tra le varie aziende del SSR e tra le ex-ZT delle Aree Vaste dell'ASUR*; ciò comporta una notevole variabilità della percentuale di soddisfacimento del tempo massimo di attesa. I dati a disposizione non sono un indice diretto della disponibilità di prestazioni poiché non tutte le agende, pur se attivate, hanno già disponibilità prenotabili perché spesso sono state costruite, non potendo prevedere un immediato incremento dell'offerta, all'interno di agende che erano già complete per alcuni mesi.