

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 4**

**N. 534/AV4 DEL 08/10/2014**

**Oggetto: [ Recepimento del Piano Attuativo di Area Vasta (PAAV) per il  
contenimento dei Tempi di attesa ]**

**IL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 4**

-. - . -

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

**VISTA** l'attestazione del Dirigente / Responsabile della Ragioneria / Bilancio in riferimento al bilancio annuale di previsione;

**- DETERMINA -**

- 1) di approvare, in ottemperanza a quanto disposto con la determina ASUR/DG n. 280 del 07/05/2014, il Piano Attuativo Aziendale dell'Area Vasta n. 4 che, allegato alla presente determina in forma cartacea e depositato agli atti di questo ufficio, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare atto che con determina n. 456/AV4 dell'01/09/2014 è stato individuato il Responsabile della Specialistica Ambulatoriale quale coordinatore del Comitato tecnico ed il Comitato medesimo per la stesura e definizione del PAAV;
- 3) Di dare atto che dalla presente determina non derivano spese a carico di questa Area Vasta ;
- 4) Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.
- 5) Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR 26/96 E S.M.I.

**Il Direttore Area Vasta 4**

Dr Alberto Carelli

La presente determina consta di n.3 pagine di cui n. 0 \_\_\_\_\_ pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

**(U.O.C. D.A.T.)**

**Normativa di riferimento**

Con determina n. 280/DG Asur del 07/05/2014, l'Ente ha adottato, in ottemperanza alla DGRM n. 1/2014 il Piano Attuativo Aziendale (PAA) i cui contenuti costituiscono le indicazioni per la formulazione dei Piani Attuativi di Area Vasta (PAAV). Questi ultimi rappresentano strumenti finalizzati al contenimento delle liste di attesa attraverso sia l'analisi delle criticità che il dettaglio delle azioni organizzative volte ad ottenere tempi certi per i cittadini. Con la richiamata determina si è anche provveduto ad individuare il referente zonale della specialistica ambulatoriale sui tempi di attesa e uno specifico gruppo di lavoro per le attività previste dalla normativa di riferimento.

In ossequio a tale atto, l'Area Vasta 4 ha adottato la determina 456/AV4 del 01/09/2014 con la quale si è provveduto a costituire il Comitato Tecnico Area Vasta 4 secondo le indicazioni contenute nell'allegato A della Determina del Direttore Generale Asur n. 280 del 07/05/2014; con determina 456 del 01/09/2014 si è individuato e nominato il Responsabile della Specialistica quale coordinatore del Comitato Tecnico e per le funzioni specifiche previste nell'allegato A della determina DG Asur n. 280;

Con nota prot. 16851 del 06/08/2014 la Direzione Generale Asur ha fornito ulteriori indicazioni in merito alle azioni da porre in essere immediatamente anche a prescindere dal consolidamento dei dati dell'ARS in merito agli effettivi tempi di attesa.

Sulla base di tali indicazioni e delle direttive aziendali l'Area Vasta 4 ha elaborato il Piano Attuativo di Area Vasta che viene recepito con il presente atto.

**Stante quanto sopra premesso, si sottopone al Direttore di Area Vasta, per l'approvazione, il seguente schema di determina:**

1. di approvare, in ottemperanza a quanto disposto con le determina ASUR/DG n. 280 del 07/05/2014, il Piano Attuativo Aziendale dell'Area Vasta n. 4 che, allegato alla presente determina in forma cartacea e depositato agli atti di questo ufficio, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

2. di dare atto che con determina n. 456/AV4 dell'01/09/2014 è stato individuato il Responsabile della Specialistica Ambulatoriale quale coordinatore del Comitato tecnico ed il Comitato medesimo per la stesura e definizione del PAAV;

3) Di dare atto che dalla presente determina non derivano spese a carico di questa Area Vasta;

4) Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.

5) Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR 26/96 E S.M.I.

Il Resp.le del Procedimento

Dr Francesco Paletti

Resp.le Specialistica Ambulatoriale

Dr .ssa Roberta Tomassini

Il Direttore Distretto

Dr Licio Livini

Il Dirigente U.O.C. Bilancio

Il sottoscritto attesta che il presente atto non comporta impegno di spesa

Dott. Luigi Stortini

- ALLEGATI -

## AREA VASTA 4 FERMO

### Piano Attuativo di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa – anno 2014

Comitato Tecnico (Det. n.456/aV4 del 1/9/2014)\*

Direttore Distretto

dr. Licio Livini

Dir. Presidio Ospedaliero

dr.ssa Anna F. Padovani

Resp. UOS Specialistica

dr.ssa Roberta Tomassini

Resp. Controllo di Gestione

dr. Luigi Stortini

Dir. Sistemi Informativi AV4

ing. Stefano Intorbida

Dir. Amministrativo Presidio Ospedaliero

dr.ssa Rita gambino

Dir. Amministrativo del Territorio

dr. Valter Pazzi

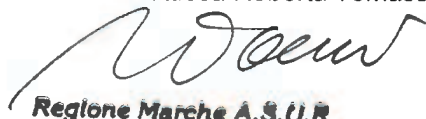
Resp. Libera Professione

dr. Simone Aquilanti

Resp. Ufficio Relazioni con il Pubblico

dr. M. Flavia Spagna

Coordinatore Dott.ssa Roberta Tomassini



**Regione Marche A.S.U.R.**  
area vasta n.4 - Fermo  
**S.O.S. Assistenza Specialistica**  
Resp. Dr.ssa Roberta TOMASSINI  
e-mail: roberta.tomassini@sanita.marche.it

\* allegato 5

## INDICE

<b>Introduzione</b>	<b>pag. 3</b>
<b>Riferimenti normativi</b>	<b>pag. 3</b>
<b>Esperienze pregresse sviluppate</b>	<b>pag. 4</b>
 <b>A. ANALISI DEL FENOMENO</b>	 <b>pag. 7</b>
a) Censimento delle prestazioni offerte – schede analitiche	
b) Revisione Regolamento specialistica ambulatoriale	
c) ricognizione del livello di autosufficienza distrettuale per strumentazione diagnostica di base	
 <b>B. AZIONI PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA</b>	 <b>pag. 9</b>
a) Appropriatezza prescrittiva	
b) Autoprescrizione da parte del paziente	
c) Gestione delle agende di prenotazione	
 <b>C. AZIONI PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA</b>	 <b>pag. 11</b>
a) Rimodulazione delle agende	
b) Aumento dell'offerta	
 <b>D. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI</b>	 <b>pag. 12</b>
 <b>ALLEGATI:</b>	
<b>Allegato 1 – Scheda analitica</b>	<b>pag. 13</b>
<b>Allegato 2 – Regolamento specialistica ambulatoriale</b>	<b>pag. 14</b>
<b>Allegato 3 – Ricognizione strumentazione diagnostica di base</b>	<b>pag. 25</b>
<b>Allegato 4 – Statistica ambulatoriale</b>	<b>pag. 26</b>
<b>Allegato 5 – Determina 456/AV4 del 1/9/2014</b>	<b>pag. 27</b>

## Introduzione

I fattori che comunemente determinano l'allungamento dei tempi medi d'attesa sono sicuramente quelli riscontrabili anche nelle altre realtà territoriali, e possono essere così schematicamente riassunti:

- la crescente richiesta di prestazioni sanitarie conseguente a:
  - invecchiamento della popolazione
  - incremento della patologia oncologica
  - incremento delle patologie cardiovascolari
  - aumento della domanda in area materno-infantile;
- la maggiore attenzione del proprio stato di salute da parte dei cittadini;
- la valutazione delle necessità assistenziali da parte dei medici (sia di medicina generale, sia degli specialisti);
- la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali, da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato utilizzo e la complessiva capacità organizzativa.

L'analisi e l'approfondimento del fenomeno ha evidenziato :

- la tendenza all'eccessivo consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali (media consumo di zona > media regionale);
- l'inappropriatezza delle prescrizioni;
- la parcellizzazione dei punti di erogazione;
- la gestione "personalistica" delle agende, con difficoltà, da parte del CUP, di distinguere tra primi accessi e visite di controllo;
- il rilevante ricorso alle prestazioni "urgenti";
- l'elevato tasso di "assenteismo" a visita da parte degli utenti prenotati (30%);
- la carenza dell'offerta per incompletezza degli organici;
- la carenza dell'offerta per l'impossibilità a riconvertire, se non in minima parte, le prestazioni delle Strutture Private presenti sul Territorio, per la quasi totalità rappresentate da Laboratori Analisi.

Da rilevare che il semplice aumento dell'offerta di prestazioni e servizi non costituisce una soluzione definitiva del problema, in quanto i tentativi fin qui avviati confermano che le liste di attesa inizialmente si riducono ma in seguito si riproducono a causa dell'aumento dell'offerta, che a sua volta determina il successivo incremento della domanda.

## Riferimenti normativi nazionali e regionali

- **DGR 843 del 17/07/2006** " Recepimento e prima attuazione dell'intesa tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28/03/2006, sul



piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006/2008, di cui all'articolo 1 comma 280 della legge n. 266/2005

- **DGR 568 del 15.05.2006** "Linee guida per la gestione delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali"
- **Decreto del Dirigente Servizio Salute n. 80/SO4 del 20/12/2006** "Linee guida per la gestione delle agende di prenotazione e dei ricoveri ospedalieri programmabili. Annullamento del decreto n. 77/SO4 del 12/12/2006"
- **DGRM 494 del 21/05/2007** "Integrazione alla DGR 843/2006 "Recepimento ed attuazione delle indicazioni contenute nell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006, in merito al recepimento del piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005 in relazione alle linee guida per la certificazione degli adempimenti dei piani regionali emanate dal comitato nazionale LEA"
- **Determina Dir. ASUR 424 del 26.07.2007**
- **Determina. n. 530/ ASURDG del 25/06/2008** "Attuazione dei contenuti della DGRM 494 del 2007 : revisione del piano Attuativo aziendale in materia di gestione delle liste di attesa"
- **DGRM n. 1040 del 18/7/2011** "Recepimento tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il trienni 2010-2012"
- **DGRM n. 1 del 7/1/2014** "Linee di indirizzo per il governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa"
- **Determina Dir. ASUR n. 280 del 7/5/2014** "Piano attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei tempi di attesa ai sensi del DGRM n. 1 del 7/1/2014, avvio e sviluppo"
- **DGRM n. 1012 del 8/9/2014** "Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per priorità cliniche di accesso per la garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale"

## Esperienze pregresse sviluppate

- Progetto "Individuazione dei punti critici nel rispetto del principio della centralità del cittadino: lista di attesa in Oculistica" realizzato nell'ottobre 2004 dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Progetto "Programma per la gestione e la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali" realizzato nel gennaio 2005 da un gruppo di lavoro multidisciplinare.
- Progetto RAO: nel 2° semestre 2006 è stato costituito un tavolo tecnico di concertazione con medici di assistenza primaria, specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, direzione medica ospedaliera e direttori di distretto al fine di avviare il

progetto per le prestazioni critiche di cardiologia, angiologia, ortopedia e diagnostica per immagini. Sono già stati effettuati 12 incontri ed è in via di definizione il manuale condiviso dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO), dove vengono individuate le priorità di accesso in base all'evidenza clinica, ed identificati i criteri di appropriatezza clinica.

#### Bozza manuale RAO ZT 11

Progetto formativo "Nuovi strumenti di lavoro per la diagnostica per immagini" diretto ai medici prescrittori (MMG, PLS e specialisti ospedalieri).

Il progetto si prefiggeva di divulgare le linee guida nazionali di riferimento per la Diagnostica per Immagini, concentrando l'attenzione su tre aspetti fondamentali: la giustificazione delle indagini (e quindi la loro appropriatezza), la radioprotezione ed il contenimento della spesa. L'obiettivo primario atteso dall'utilizzo di queste linee guida è la riduzione del numero degli esami radiologici attualmente inappropriatamente richiesti ed eseguiti, con spreco di risorse, allungamento dei tempi di attesa, ed indebita irradiazione della popolazione.



Nella stesura del PAAV 4 si è adottato il criterio di procedere secondo 4 step :

- A.      Analisi del fenomeno liste di attesa**
- B.      Azioni per il governo della domanda**
- C.      Azioni per il governo dell' offerta**
- D.      Miglioramento della qualità dei flussi informativi**

## A. Analisi del fenomeno liste di attesa

Sulla base del Piano Attuativo Zonale “ Riduzione delle liste di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali della ZT11 – Fermo” anno 2008, in considerazione dei cambiamenti intervenuti sotto il profilo normativo e i risultati ottenuti dalle azioni di miglioramento realizzate, di seguito si riportano i focus su cui si è deciso di prestare attenzione.

### a) *Censimento delle prestazioni offerte – schede analitiche*

La Regione ha compilato un elenco di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche per le quali vengono fissati i tempi massimi di attesa (in coerenza con il Piano Nazionale e sulla base di un monitoraggio svolto dall’ AGENAS).

Nel PAAV 4 abbiamo predisposto, per ogni visita ambulatoriale e ogni prestazione diagnostica, una scheda riepilogativa della situazione attuale in termini di:

- sede di erogazione – colonna 1
- personale incaricato – colonna 2
- ore settimanali dedicate alla prestazione – colonna 3
- struttura agenda CUP – colonna 5
- volume di prestazioni effettuate (file C) – colonna 7
- tempo d'attesa ( la giorno 8.9.2014) – colonna 8

Il periodo di riferimento per la raccolta dei dati : 1.1.2014 – 31.8.2014

Fonte dei dati:

- File C. I valori riportati sono al netto ei prenotati che non si sono presentati e dei non prenotati inseriti nel flusso C dopo l’ attività ambulatoriale
- Report tempi di attesa AV 4
- Agende CUP
- Attività poliambulatori territoriali e ospedalieri

Sotto ogni tabella viene dedicato uno spazio alle criticità peculiari della prestazione considerata.

Si riporta la scheda in allegato 1

**b) Revisione “Regolamento specialistica Ambulatoriale”**

Il vecchio regolamento è stato rivisitato per adattarlo alla nuova organizzazione distrettuale.

L'obbligatoria previsione delle classi di priorità renderà necessaria una sostanziale modifica delle agende ed un conseguente aggiornamento software del centro unico di prenotazione regionale.

Tale aggiornamento sarà recepito ed inserito nel regolamento.

In maniera particolare per quanto riguarda la modulistica in uso per la creazione di nuove agende si dovrà categoricamente tener conto della suddivisione tra “prima visita” e “controllo” e per la prima visita della classe di priorità.

Si riporta il “Regolamento della specialistica ambulatoriale “ 2014 in allegato 2

**c) Ricognizione del livello di autosufficienza distrettuale per strumentazione diagnostica di base**

Una delle principali criticità riscontrate riguarda l'eccessiva frammentazione delle sedi di erogazione e una dotazione di strumenti diagnostici non sempre adeguata in tutte le sedi. L'attuale organizzazione comporta una sotto utilizzazione delle risorse umane, logistiche e strumentali.

Si è prodotta una scheda riepilogativa da inviare alla coordinatrice del personale infermieristico per ogni sede di erogazione delle prestazioni monitorate. La scheda compilata e firmata verrà inviata al Responsabile della Specialistica Ambulatoriale coordinatore del Gruppo Tecnico.

Si riporta la scheda “ Ricognizione strumentazione diagnostica di base” in allegato 3

## B. Azioni per il governo della domanda

L'iperprescrizione è dovuta in parte all'aumento del bisogno reale della popolazione con un tasso sempre crescente di invecchiamento ma anche a condizionamenti culturali derivanti dalla "medicina difensiva" e dalla crescente attenzione dei cittadini al proprio stato di salute.

Le principali azioni possono essere sintetizzate in

- a. Appropriately prescriptive
- b. Autoprescrizione
- c. Gestione delle agende di prenotazione, recall, drop out

### a. Appropriately prescriptive

L'appropriately prescriptive è il più importante fattore correttivo per contenere i lunghi tempi di attesa e soprattutto per garantire prestazioni appropriate nei tempi e nei modi giusti.

L'appropriately prescriptive ha come obiettivo quello di filtrare la domanda caratterizzata dalla "richiesta massima" di prestazione a quella di "richiesta ottimale"

*"Il SSN, infatti, non deve cercare di portare al massimo il livello qualitativo, ma di ottimizzarlo in relazione alle risorse disponibili. Il livello qualitativo ottimale è in funzione dei costi di produzione e dei benefici ottenuti per l'intera popolazione di riferimento" (Curare la qualità - Guerini 2000)*

Questo obiettivo viene raggiunto attraverso la sensibilizzazione dei medici prescrittori sull'importanza della distinzione tra "prima visita" e "controllo" e sulla obbligatorietà di distinguere le classi di priorità.

#### AZIONI:

- Incontri dedicati con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nei luoghi istituzionali : equipe territoriali, UCAD, Ordine dei medici
- Corso formativo accreditato ECM

- Dotazione di materiale cartaceo o/e on line di facile consultazione sui Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO)

#### ***b. Autoprescrizione da parte del paziente***

La percezione soggettiva della malattia porta ad una eccessiva richiesta al medico prescrittore che difficilmente riesce a ricondurre al principio di appropriatezza

#### **AZIONI:**

- Condivisione con la cittadinanza attraverso la stampa degli obiettivi del piano.
- Distribuzione di materiale informativo sui percorsi sanitari e sulla correttezza delle prestazioni
- 

#### ***c. Gestione delle agende di prenotazione:***

##### Recall

Per alcune visite specialistiche la constatazione che la procedura del richiamo degli utenti prenotati ha permesso il recupero di un numero considerevole di posti in agenda si estende tale procedura a tutte le prestazioni monitorate con personale dedicato

##### Disdetta

- Sensibilizzazione degli utenti circa l'importanza della disdetta in tempo utile per la riutilizzazione del posto attraverso distribuzione di materiale informativo vario.
- Estendere il range di mezzi da utilizzare con un progetto URP dedicato . Diffusione per la disdetta di un indirizzo mail a cui far recapitare il n. prenotazione da annullare. L'URP avrà cura, in tempo reale di passare la comunicazione al gestore agende CUP.

## C. Azioni per il governo dell'offerta

La consapevolezza che la riduzione dei tempi di attesa non si accompagna quasi mai ad un aumento dell'offerta in ore di specialistica convenzionata o ore di specialistica ospedaliera, ci porta ad orientarci verso l'ottimizzazione dell'offerta esistente.

I dati rilevati dalla scheda dell'allegato 1 saranno letti seguendo i seguenti criteri di ottimizzazione:

### a. Rimodulazione delle agende

La rimodulazione delle agende nasce dalla necessità di visualizzare nelle agende di prenotazione CUP la prenotazione breve (B) e Differita (D) perché da questi percorsi di priorità vengono calcolati i tempi di attesa.

Con questa generale rimodulazione, di interesse regionale, sarà possibile ottimizzare l'offerta considerando:

- Adeguamento dei tempi di scaglionamento del personale convenzionato a quello ospedaliero
- Riallineamento dei produttori di prestazioni caratterizzati da un basso livello di efficienza (eccesso di offerta) con riallocazione o riconversione
- Accorpamento delle sedi e maggiore utilizzo orario (12 ore die)

Da gennaio 2014 è stato sperimentato nel presidio di Porto San Giorgio un modulo riepilogativo dell'attività ambulatoriale giornaliera. Nel modulo vengono evidenziati i tassi di utilizzo delle prestazioni offerte dalle agende CUP.

La sperimentazione ha rilevato in numerosi casi, un sottoutilizzo dell'offerta nella prenotazione e nella presentazione degli utenti a visita.

Si riporta la scheda "Statistica ambulatoriale" in allegato 4



### **b. aumento dell'offerta**

Solo dopo aver opportunamente rimodulato l'offerta CUP si può procedere all'aumento dell'offerta tenendo conto dei seguenti parametri:

- prestazioni aggiuntive da parte del produttore interno
- prestazioni aggiuntive da parte degli Specialisti convenzionati (AIR art.5)

se non sufficiente:

- 1 - libera professione
- 2 – acquisto prestazioni all' INRCA
- 3 – Acquisto di prestazioni nelle strutture private accreditate

## **D. Miglioramento della qualità dei flussi informativi**

### File C

Il flusso C rappresenta il dato ufficiale di produzione della specialistica ambulatoriale . La sua qualità è determinante ai fini della valutazione delle prestazioni erogate e richiede una registrazione puntuale ed attenta che non ha attualmente raggiunto buoni livelli di qualità.

AZIONI:

- Sollecitare il personale addetto al puntuale caricamento dei dati nel flusso C
- Verifica trimestrale dei dati inviati in Regione per le prestazioni monitorate e analisi delle criticità con conseguenti azioni migliorative

### Collegamento di sistemi RIS con i sistemi CUP –cassa

Verificare i processi informativi attraverso i quali la prenotazione CUP si interfaccia con il sistema RIS al fine di creare una pre accettazione radiologica

[illegible]

### Azioni correttive

## ALLEGATO 2

### REGOLAMENTO GESTIONE LISTE DI ATTESA

#### 1.1 – Organizzazione CUP per sedi di attività

- Le attività di tipo ambulatoriale per esterni in regime istituzionale sono gestite dal CUP, fanno eccezione quelle che per motivi oggettivi sono meglio gestibili se prenotate direttamente dalle strutture eroganti.
- Le sedi e l'orario di attività dell'Accettazione e Cassa sono le seguenti:

##### **Accettazione e Cassa -**

Sant'Elpidio a Mare – via Murri	orario 7,30 - 13,30
Sant'Elpidio a Mare – via ..... (Sede)	orario 7,30 - 13,30
Porto Sant'Elpidio – via Montagnola, 90	orario 7,30 - 13,30
Porto San Giorgio - via ... (ex Presidio)	orario 7,30 - 13,30
Fermo – via Gigliucci	orario 7,30 - 13,30
Petricoli – via .....	orario 7,30 - 13,30
Montegiorgio – via .....	orario 7,30 - 13,30
Montegranaro – via ...	orario 7,30 - 13,30

Pomeriggio 15,00 – 18,00 nei giorni di apertura degli ambulatori delle varie sedi.

**Cup telefonico** – numero call-center 0734 6252559 orario 10 ore al giorno

#### 1.2 - Figure operanti e loro attività

➤ Il "Comitato Tecnico AV4", costituito con Determina n. 456/AV4 del 1/9/2014 è composto da: Direttore Distretto dr. Licio Livini, Responsabile Specialistica Ambulatoriale dr.ssa Roberta Tomassini, dal Direttore Medico Ospedaliero dr.ssa A. Fiorenza Padovani), Responsabile Controllo di Gestione dr. Luigi Stortini, Responsabile Sistema Informativo AV4 Ing. Stefano Intorbida, Direttore Amministrativo Presidio Ospedaliero dr.ssa Rita Gambino, Direttore amministrativo Territorio dr. Walter Pazzi, Responsabile della libera professione dr. Simone Aquilanti, Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico dr.ssa M. Flavia Spagna, Coordinatore del Comitato Tecnico dr.ssa Roberta Tomassini.

Il gruppo deve:

- Garantire il censimento delle prestazioni erogate a livello ospedaliero, distrettuale e nelle strutture private e convenzionate ed ALPI
- Monitorare l'adozione delle disposizioni sulla gestione delle liste di attesa e produrre una attività di verifica
- Validare i dati trasmessi al sistema di monitoraggio regionale
- Monitorare gli effetti delle azioni correttive per il rispetto dei tempi massimi di attesa

- Verificare il sistema di variazione dei calendari e prevenire eventuali blocchi delle prenotazioni
- *Il Direttore di Distretto e Presidio Ospedaliero*
  - Svolgono una attività organizzativa e di coordinamento di macroarea
  - Condividono e diffondono il presente Regolamento
  - Organizzano l'attività ambulatoriale
  - Indicano i percorsi operativi
  - Autorizzano le modifiche sulle agende
  -
- *Personale medico e non medico addetto agli Ambulatori*
  - Erogano l'attività specialistica ambulatoriale nel rispetto del presente Regolamento e dei percorsi indicati dal Direttore del Distretto o Presidio
  - Registrano sul foglio di lavoro giornaliero (su formato cartaceo o informatico) le modifiche necessarie al fine della corretta rendicontazione dell'attività specialistica ambulatoriale.
- *Il Gestore delle Agende* a livello di Area Vasta n. 4 svolge le seguenti attività:
  - Crea nuove agende alle RTI
  - Comunica la chiusura delle agende per cessata attività
  - Comunica la modifica di orari e disponibilità
  - Registra e comunica le sostituzioni con modifica di orario e disponibilità
  - Notifica le modifiche apportate alle agende
  - Trasmette con cadenza trimestrale i report dei tempi di attesa
  - Gestione degli appuntamenti disdetti e spostamento degli utenti
- *Gli Operatori di Sportello*
  - Prenotano le prestazioni a CUP
  - Gestiscono la disdetta appuntamenti
  - Stampano le liste di lavoro giornaliero e ne registrano le variazioni apportate dai medici ambulatoriali
  - Gestiscono le operazioni di accettazione e cassa con elaborazione riepiloghi e versamenti.
- *Gli Operatori di Call center*
  - Prenotano le prestazioni al CUP
  - Raccolgono le disdette e le trasmettono ai gestori delle agende per i successivi adempimenti
- *Il SIA*
  - svolge attività di supporto informatico ed organizzativo nell'ambito del nuovo sistema CUP regionale nonché il controllo ai fini della rendicontazione dell'attività specialistica ambulatoriale (flusso C)

## 2 - GESTIONE DELL'ACCESSO ALLE PRENOTAZIONI E GESTIONE DELLE LISTE

### 2.1 - Sistema di prenotazione e accettazione delle prestazioni

Le agende di prenotazione possono essere dei seguenti tipi:

*Agende Centro Unico di Prenotazione Regionale (CUP):* questa modalità di prenotazione prevede di effettuare la richiesta della prestazione al CUP nel sistema *back-office* (contatto telefonico) e nel sistema *front-office* (presso gli sportelli). Di norma, attraverso dette Agende sono gestite tutte le Prime Visite e i Primi Accertamenti;

*Agende a Gestione diretta (anche detta fuori CUP):* tale modalità prevede la possibilità di prenotare la prestazione direttamente presso l'Unità Operativa erogante. Di norma tali Agende non possono contenere prenotazioni delle prime visite e delle prime prestazioni, bensì visite o esami di controllo ed i *follow up*. Si prevede una graduale informatizzazione delle Agende a gestione diretta.

### 2.2 – Requisiti per l'inserimento nelle liste di prenotazione

L'utente che si rivolga alla struttura per richiedere una prestazione deve possedere la richiesta sul ricettario SSN (in cui il medico dovrà specificare la "classe di priorità" (U B D P) nonché indicare correttamente la dicitura "visita specialistica di controllo" rispetto a "prima visita specialistica") e occorre che nell'inserimento in lista venga registrato il codice identificativo dell'impegnativa stessa. L'impegnativa resta valida sino all'erogazione della prestazione prenotata.

Tale criterio, pur permanendo l'obbligo di prenotazione, non si applica per le prestazioni ad accesso diretto:

- visita ginecologica;
- visita psichiatrica;
- visita **pediatrica**, limitatamente ai minori non iscritti con pediatri di libera scelta / medici di medicina generale;
- odontoiatria;
- visita oculistica, limitatamente alla misurazione del visus.

Si ricorda che in tali casi è richiesta la predisposizione dell'impegnativa da parte dello specialista al fine di alimentare correttamente i flussi informativi.

Al momento della prenotazione viene verificata la tipologia di prestazione (prima visita / controllo) e fornita all'utente la data di erogazione della prestazione, fatta eccezione per le prestazioni erogate nell'ambito di modelli organizzativi sperimentali.

Nel caso il medico prescrittore abbia annotato nell'impegnativa il codice di esenzione, deve essere verificato se la prestazione richiesta rientra tra le prestazioni esenti.

### 2.3 – Prenotazione telefonica già definita nel regolamento CUP Regionale



### 3. CRITERI DI DEFINIZIONE DEI CALENDARI (APERTURA ANNUALE, SCAGLIONAMENTO, DISTINZIONE PRIME VISITE, ECC),

#### 3.1 Apertura annuale

Le agende devono essere aperte su base annuale, ovvero deve essere disponibile un calendario attivo per almeno un anno da qualsiasi momento dell'anno, sebbene possa essere soggetto a limitazioni il numero di sedute effettivamente consultabile per esigenze del sistema informativo.

Un'apertura frazionata nel corso dell'anno può essere autorizzata sulla base di specifiche motivazioni, dal Direttore Medico di Presidio Ospedaliero o Direttore del Distretto e, quindi, inserita nell'ambito dei modelli sperimentali.

##### **Non nominatività delle liste**

Le agende di prenotazione per le prime visite debbono avere carattere non nominativo.

#### 3.2 Scaglionamento

Per evitare che il paziente sia costretto a lunghe attese prima dell'effettuazione della prestazione, viene garantito uno scaglionamento di tutte le prenotazioni; fatta salva la possibilità di non scaglionare le prime due prestazioni ad inizio attività.

Di norma, i tempi medi delle prestazioni ai fini dello scaglionamento devono essere uguali per la stessa branca specialistica e non lasciata alla discrezionalità del singolo medico.

#### 3.3 Distinzione prime visite/accertamenti e visite/accertamenti di controllo

Nelle Agende deve essere garantita una chiara distinzione tra prima visita/accertamento o visita/accertamento di controllo.

La rilevazione del tempo di attesa avviene solo sulle prime visite e sui primi accertamenti e deve essere, altresì, monitorato e garantito il mantenimento di un rapporto ottimale tra le due tipologie, a partire dalle agende che presentino criticità di accesso per la prima visita/accertamento.

La prima visita/accertamento è in relazione al problema sanitario identificato. Ai fini della quantificazione iniziale delle necessità, pertanto, sono considerati prime visite/primi accertamenti tutti quelli prescritti come tali e non preceduti, nel corso dei sei mesi precedenti, da un'altra visita/accertamento effettuati in ambito aziendale nella stessa specialità, indipendentemente dalla struttura erogatrice.

Per visite/accertamenti di controllo si intendono quelli in cui un problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta già esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita/accertamento.

I controlli per pazienti cronici o follow up (richiesti da MMG/PLS) sono gestiti a CUP in agende separate dalle prime visite/accertamenti.

Il primo controllo dopo la prima visita/accertamento e i controlli necessari per la stabilizzazione della patologia, sono a carico dello specialista che ha erogato la prima



visita/accertamento il quale, previa approvazione del Direttore di distretto o Presidio, può avvalersi di agende dedicate ed autogestite, le quali dovranno, comunque, essere a regime informatizzate (vedi successivo art 11).

Per le finalità strettamente connesse al monitoraggio nazionale, si ipotizza di considerare non primi accessi i seguenti casi:

prestazioni esenti per patologie croniche;

prestazioni richieste da specialisti;

stessa prestazione già erogata all'utente nei precedenti 180 giorni.

## 4. GESTIONE DEI CALENDARI DI PRENOTAZIONE

### 4.1 Criteri Generali

Le agende non devono essere soggette a variazioni impreviste.

Si esclude la variazione immotivata delle agende o motivata da variabili di gestione del servizio (ferie o altre assenze del personale) prevedibili e risolvibili con adeguata organizzazione del lavoro.

Comunque, le variazioni motivate delle agende di prenotazione devono essere rispettose dei punti sotto elencati:

- L'apertura di una nuova agenda è competenza esclusiva del Direttore di Distretto o Presidio ospedaliero ed inviata ai Gestori delle agende almeno un mese prima della prevista apertura
- Un'agenda può essere chiusa solo nel caso in cui non si eroga più il servizio o per motivi tecnici.
- Le modifiche delle agende si dicono "modifiche sostanziali" quando comportano un cambiamento su orari, disponibilità e prestazioni erogabili/prenotabili; tutte le altre operazioni sono "modifiche ordinarie".
- Le modifiche sulle agende debbono rispettare la seguente procedura:

- Qualsiasi modifica delle agende di prenotazione deve essere inoltrata ai gestori delle agende dal Direttore di distretto ( o suo delegato) e di Presidio ospedaliero
  - La richiesta di modifica dell'agenda deve pervenire ai Gestori delle agende almeno un mese prima dell'entrata in vigore della modifica.
  - Le modifiche sulle agende vengono effettuate dai Gestori delle agende
  - L'entrata in vigore di una modifica dell'agenda dovrà avvenire compatibilmente con l'entità della lista di attesa.
- Le assenze programmate dovranno essere comunicate in tempi utili al Direttore di Distretto o Presidio ospedaliero che, verificate le liste di attesa, dispone le variazioni da apportare alle agende di prenotazione
- Ogni variazione che comporta la sospensione degli appuntamenti prenotati deve tener conto di criteri e vincoli di base per lo spostamenti degli utenti. Tali criteri sono riportati sul modulo di richiesta variazione agende e concordati tra il medico specialista e il Direttore di Distretto o presidio.

6. Conferma quindi la riprenotazione automatica degli appuntamenti sospesi e stampa la lista delle sospensioni non riprenotabili.
7. Provvede alla riprenotazione degli utenti sospesi con la collaborazione degli operatori di sportello
8. Comunica al Direttore di Distretto/Presidio l'avvenuta modifica ed aggiorna il registro apposito.
9. Comunica tempestivamente per e-mail o fax alle varie sedi l'avvenuta operazione con tutti i dati e le istruzioni che servono per prenotare sulla agenda.

#### 4.4 – Chiusura e sospensioni

E' fatto divieto procedere alla chiusura/sospensione ingiustificata e non programmata delle agende (Legge Finanziaria 2006 - L. 266/2005).

Un'agenda può essere chiusa solo nel caso in cui non si eroga più il servizio o sia sospesa per motivi tecnici (cause legate al personale, sciopero, improvvisa e imprevista mancanza del professionista, guasto macchine).

Le attività di prenotazione non possono essere mai sospese adducendo a motivo la lunghezza eccessiva dei tempi di attesa.

Le sospensioni causate da motivi tecnici sono comunicate alla Regione la quale ne fa oggetto di informazione periodica al Ministro della Salute.

Secondo le direttive della Regione Marche e le Linee Guida Ministeriali, per sospensione si intende l'interruzione dell'erogazione totale di una specifica prestazione in quella struttura STS, si verifica cioè qualora non ci siano altre agende che continuano ad erogare tale prestazione garantendo, comunque, così il servizio. Si considerano eventi di sospensione delle attività di erogazione quelli di durata superiore ad un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Secondo le direttive A.S.U.R., si individua il seguente protocollo operativo da osservare in caso di sospensione dell'attività:

il Responsabile Medico di ciascun ambulatorio deve inviarne comunicazione scritta al Direttore Medico di Presidio o al Direttore di Distretto, specificando quale prestazione è stata o sarà interrotta, dove, perché e per quanto tempo (da quando a quando);

Il Direttore di distretto o di Presidio analizza ed eventualmente convalida la sospensione dandone comunicazione al Direttore di Area Vasta e all'Ufficio Relazioni con il Pubblico per la gestione della criticità e l'informazione all'utenza sulle soluzioni adottate

anche se l'erogazione delle prestazioni viene sospesa, non è possibile interrompere il servizio di prenotazione. Il Servizio CUP deve, infatti, assegnare le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in base alla stima del periodo di sospensione;

nel caso non sia possibile svolgere neanche l'attività di prenotazione, l'Area Vasta può dare dei pre-appuntamenti, indicando all'utente il periodo possibile per l'erogazione della prestazione. La data precisa può essere comunicata direttamente dalla Zona Territoriale in un secondo momento;

**SPECIALISTA CONVEZIONATO DOTT. ORARIO**

[illegible]

\* Il numero di prestazioni della colonna 7 viene riconosciuto come pr. a pagamento o a recupero orario. La compilazione di questa colonna e' di competenza del Dirigente Medico del Presidio Poliambulatoriale. Sono prestazioni eseguite ad utenti non prenotati e con richiesta esplicita di URGENZA. Il loro numero, in accordo con quanto stabilito dall' art. 30 comma 10 ACN, è dato dalla differenza tra il numero di prestazioni urgenti a cui viene sottratto il numero di posti lasciati liberi in agenda da utenti che non si sono presentati (sottrazione numerica tra la colonna 6 e la colonna 4))



REGIONE MARCHE

Numero 534/AV4

Data 08/10/2014

**DETERMINA N. 534/AV4 DEL 08/10/2014**

**[ Recepimento del Piano Attuativo di Area Vasta (PAAV) per il contenimento dei Tempi di attesa ]**

**PUBBLICAZIONE:**

dal 08/10/2014 al 22/10/2014

**ESECUTIVITA':**

- La Determina è stata dichiarata immediatamente esecutiva il 08/10/2014
- La Determina è esecutiva il \_\_\_\_\_ (dopo il 10° giorno della pubblicazione)

Determina pubblicata sulla Extranet SI ☒ NO ☐

**Certificato di pubblicazione**

Si attesta che del presente atto è stata disposta la pubblicazione all'Albo Pretorio in data odierna, per quindici giorni consecutivi.

**IL FUNZIONARIO INCARICATO**

Stefania Pazzi

08/10/2014

Collegio Sindacale: inviata con nota del \_\_\_\_\_

Atto soggetto al controllo della Regione: SI ☐ NO ☒

Inviato con nota n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_