

LA GIUNTA REGIONALE

Considerato che il nuovo assetto del Sistema Sanitario Toscano e le indicazioni per il governo dell'offerta specialistica ambulatoriale fornite con la DGRT 1080/2016 offrono l'occasione per sviluppare nuovi modelli di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio dell'offerta ambulatoriale aziendale, tesi a garantire una maggiore efficienza erogativa ed a migliorare i percorsi di accesso e fruizione delle prestazioni da parte degli utenti.

Il presente atto definisce pertanto gli indirizzi regionali, al fine di garantire:

- il governo dell'attività ambulatoriale aziendale che si realizza con la pianificazione, la programmazione, incentrata sulla Gestione Operativa (GO), secondo il modello indicato nella DGRT 476/2018;
- l'equità di accesso all'offerta ambulatoriale aziendale da parte dei cittadini;
- il rispetto degli indirizzi, così come definiti nella DGR 1080/2016, al fine di gestire separatamente, dato il diverso significato clinico della prestazione, il primo accesso e la presa in carico dei percorsi di cronicità, PDTA e follow-up;
- un efficiente impiego delle risorse umane, tecnologiche e degli spazi fisici;
- il presidio sui singoli processi da parte di livelli di responsabilità identificati;

Vista la Legge Regionale 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e successive modifiche ed integrazioni, in particolare:

- l'art. 4 che stabilisce di organizzare i servizi ospedalieri allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili;

- l'art. 5 che promuove e favorisce lo sviluppo delle attività innovative;

- l'art. 55 comma 3 che specifica la necessità di assicurare la realizzazione del percorso assistenziale in coerenza dei criteri di flessibilità delle strutture organizzative e delle procedure e dello sviluppo della pianificazione strategica e del controllo direzionale;

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 91 del 5 novembre 2014, ancora in vigore ai sensi dell'art.

142 novies della L.R. n.40/2015 che all'art. 7 comma 5:

-al punto 2.3.3.3. "Allineare la domanda con la capacità di risposta" pone tra le strategie quella di affrontare la problematica dei tempi di attesa all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta, superando la logica della compartimentazione tra diversi setting di erogazione, e di operare in termini di "governo" della rete dell'offerta, sia pubblica che privata, definendo piani di produzione che individuino con certezza chi fa cosa per rispondere alla domanda espressa, ricostruita attraverso analisi strutturate dei fabbisogni;

-al punto 2.3.3.4. "La specialistica ambulatoriale" precisa che, in ragione di un contesto sempre più modellato sulla logica dei percorsi, tutti i componenti della rete devono lavorare in sinergia attraverso una maggiore integrazione operativa che preveda uno stretto collegamento tra assistenza ospedaliera in regime di ricovero, assistenza specialistica e cure primarie, che devono essere articolate in un

rapporto di complementarità e continuità;

Visto la DGRT 567/2016 “Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020. Adozione” e in particolare il Progetto regionale Riforma e sviluppo della qualità sanitaria”, Intervento 2 “Superare le criticità nella gestione delle liste d’attesa: superamento del concetto di una unica ed indifferenziata modalità di accesso tramite CUP e individuazione di percorsi differenziati per target di bisogni assistenziali”;

Richiamata la DGRT 1080/2016 “Indirizzi per la programmazione dell’offerta specialistica e per la gestione delle liste di attesa”;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

Vista l’Intesa del 28 ottobre 2010 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;

Considerata la DGRT 493/2011 con la quale si adotta il Piano Regionale per il governo delle liste di attesa, secondo le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA);

Richiamata la DGRT 1038/2005 avente ad oggetto “Protocollo d’intesa tra: la Regione Toscana le Aziende sanitarie e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale/pediatria di libera scelta degli specialisti convenzionati interni e dei medici specialisti dipendenti”, che prevede, per i cittadini, percorsi di cura integrati tra le diverse professionalità che possono intervenire su un bisogno di salute;

Richiamata la DGRT 1068/2016 “Indirizzi regionali per la revisione delle modalità organizzative nella gestione del follow up oncologico”

Richiamata la Legge 23 dicembre 2005, n. 266 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”, Articolo 1, comma 282: “alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell’erogazione delle prestazioni è ammessa perché legata a motivi tecnici. Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni e rende disponibili i relativi risultati”;

Considerato che l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 all’articolo 9 ha previsto l’istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell’utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;

Considerato che la suddetta Intesa Stato-Regioni, all'articolo 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, prevede l'istituzione presso il Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'art. 9;

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

Ritenuto necessario, al fine di realizzare strategie di governo dei tempi di attesa, approvare il documento tecnico “Linee di indirizzo per la programmazione e l'accesso ai percorsi ambulatoriali”, Allegato A alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale e, conseguentemente, demandare alle Aziende unità sanitarie locali, alle Aziende ospedaliere universitarie ed agli altri enti del servizio sanitario regionale l'individuazione di tutti i ruoli e funzioni richiesti come indicati nel documento tecnico contenente le linee di indirizzo, con evidenza specifica all'interno del documento di organizzazione della gestione operativa di cui alla DGRT 476/2018, da trasmettere entro il 30 novembre 2018 al settore regionale “Organizzazione delle cure e percorsi cronicità” della Direzione “Diritti di cittadinanza e coesione sociale”;

Ritenuto inoltre necessario attivare specifiche azioni di livello regionale al fine di favorire l'implementazione delle Linee di indirizzo, in particolare:

-realizzare, analogamente a quanto previsto per la gestione della produzione chirurgica e la gestione dei posti letto, un sistema di monitoraggio mediante un cruscotto dedicato ed in raccordo con quelli aziendali, basato su flussi informativi correnti e ad hoc per la valutazione delle liste d'attesa e dell'efficienza delle aree produttive ambulatoriali;

-attivare uno specifico percorso formativo, le cui articolazioni saranno previste all'interno dei Piani formativi regionali annuali del Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (Formas), soggetto deputato a realizzare i percorsi formativi di livello regionale così come previsto dalla DGR 538/2006 e dalla DGR 643/2008;

Precisato di dare mandato alla Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale all'assunzione degli atti conseguenti all'attuazione della presente delibera;

a voti unanimi

DELIBERA

per quanto espresso in premessa,

1. di approvare il documento allegato A “Linee di indirizzo per la programmazione e l'accesso ai percorsi ambulatoriali, parte integrante e sostanziale del presente atto, al fine di dare una risposta strategica al problema delle liste di attesa;
2. di dare mandato alle Aziende unità sanitarie locali, alle Aziende sanitarie ospedaliero-universitarie ed agli altri enti del servizio sanitario regionale di attuare tali linee di indirizzo tenuto conto delle direttive di cui alla DGRT 476/18 e di procedere, in coerenza con la diversa tipologia aziendale, all' individuazione, entro il 30 novembre 2018, dei ruoli e delle funzioni indicati nel documento tecnico contenente le linee di indirizzo quale sezione specifica del documento di organizzazione della gestione operativa di cui alla DGRT 476/2018, che dovrà essere trasmessa al settore regionale “Organizzazione delle cure e percorsi cronicità” della Direzione “Diritti di cittadinanza e coesione sociale”;
3. di attivare specifiche azioni di livello regionale al fine di favorire l'implementazione delle Linee di indirizzo, in particolare:

-realizzare, analogamente a quanto previsto per la gestione della produzione chirurgica e la gestione dei posti letto, un sistema di monitoraggio mediante un cruscotto dedicato e in raccordo con quelli aziendali, basato su flussi informativi correnti e ad hoc per la valutazione delle liste d'attesa e dell'efficienza delle aree produttive ambulatoriali;

-attivare uno specifico percorso formativo, le cui articolazioni saranno previste all'interno dei Piani formativi regionali annuali del Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (Formas), soggetto deputato a realizzare i percorsi formativi di livello regionale così come previsto dalla DGR 538/2006 e dalla DGR 643/2008;

4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale ai sensi dell'articolo 18 della L.R. 23/2007.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
LORENZO ROTI

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

IL DIRETTORE
MONICA CALAMAI

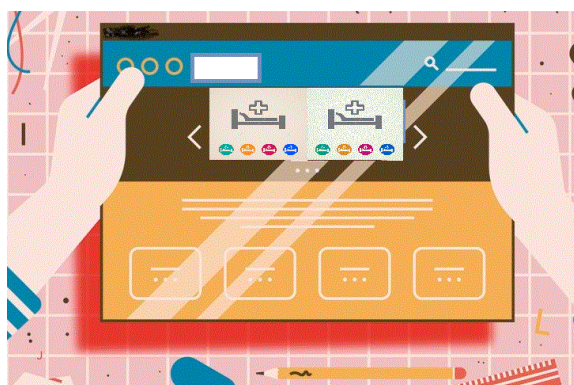


Regione Toscana



Allegato A

Linee di indirizzo per la programmazione e l'accesso ai percorsi ambulatoriali



Analisi di contesto

La gestione del paziente in setting non di ricovero è una modalità organizzativa in costante aumento tanto che negli ultimi anni le prestazioni ambulatoriali stanno assumendo un peso sempre più rilevante anche in ambito ospedaliero. Questo trend è legato, da un lato, alla ricerca di una maggiore appropriatezza organizzativa resa possibile dalla disponibilità di approcci terapeutici e diagnostici che ne consentono l'esecuzione in condizioni di sicurezza a livello ambulatoriale, dall'altro all'incremento di pazienti con patologie croniche.

Il processo outpatient sta assumendo un ruolo significativo nelle strategie aziendali ed è pertanto necessario adottare nuovi approcci e sviluppare competenze specifiche per assicurarne una gestione efficace. In ragione di ciò vanno anche sovvertiti i paradigmi organizzativi tradizionali inserendo in maniera adeguata la programmazione delle attività ambulatoriali nella schedulazione del personale.

Occorre così procedere ad una riorganizzazione complessiva delle modalità erogative delle attività ambulatoriali superando la frammentazione dei percorsi di diagnosi e di cura ed assicurando modalità organizzative di presa in carico che garantiscano continuità nell'accesso alla rete dei servizi, integrazione e raccordo tra le diverse competenze professionali coinvolte, promuovendo una lettura 'trasversale' del processo ed evitando la compartimentazione fra area ospedaliera e territoriale, rafforzando i percorsi integrati tra diversi servizi e livelli di erogazione ed articolando l'offerta ambulatoriale sulla base dei bisogni di salute dei cittadini e sulla diversa intensità del livello di cura.

Modello organizzativo

La funzione di GO si esplica mediante attività con caratteristiche diverse attribuite a ruoli specifici, collocate nei differenti ambiti dell'organizzazione coinvolti nel processo di pianificazione e programmazione, costantemente coordinati tra di loro e che operano in modo sinergico, nello specifico i ruoli all'interno della GO sono i seguenti:

a. Responsabile GO

Responsabile della struttura o del team di GO che assicura il coordinamento complessivo delle attività della GO.

b. Struttura o Team dedicato di GO

Equipe multi professionale alla quale compete la programmazione dei diversi *asset* produttivi operando in perfetta integrazione con la Direzione sanitaria, le Direzioni mediche ed infermieristiche di PO, le Zone Distretto, i Dipartimenti clinici e le relative UUOO afferenti, il Dipartimento delle professioni sanitarie. Relativamente al processo outpatients assicura il coordinamento complessivo della programmazione degli asset erogativi della Specialistica Ambulatoriale aziendale ed il monitoraggio delle performances correlate.

c. Nucleo ambulatoriale

Nucleo dedicato afferente alla struttura/team di GO, costituito in ciascuna Zona Distretto/Sds e stabilimento ospedaliero e composto da figure dedicate con competenze di logistica del paziente al fine di allineare la disponibilità di spazi ambulatoriali alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale, in base a quanto definito dalla pianificazione dell'offerta utilizzando i criteri di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse definiti dal Team di GO.

d. Referente di Area Produttiva Ambulatoriale

Pool di referenti con competenze di gestione della schedulazione che rappresentano i terminali del Nucleo

ambulatoriale all'interno delle singole aree di attività ambulatoriali.

Gestione della produzione ambulatoriale

Analogamente alla gestione dell'attività chirurgica e dei ricoveri, la gestione dell'attività e degli spazi ambulatoriali e delle piastre di servizi richiede una programmazione che si sviluppa su più livelli:

1. **livello strategico** nel quale, generalmente con cadenza annuale, vengono stabiliti dalla Direzione aziendale, avvalendosi dei Dipartimenti interessati e della funzione di GO, i volumi di produzione ed il tipo di casistica ambulatoriale da trattare da gestire a livello delle macro-articolazioni aziendali e, ove necessario, dalle strutture private accreditate convenzionate;

Dimensione: aziendale in attuazione delle indicazioni regionali e della programmazione di Area Vasta

Ambiti di responsabilità: direzione aziendale, direttori dipartimento, team di Gestione Operativa in accordo con i Responsabili di Zona distretto/Sds.

2. **livello tattico** nel quale viene definito il piano della domanda di prestazioni ambulatoriali programmate ed il suo monitoraggio, verificandone la sostenibilità in relazione alla disponibilità delle risorse funzionali alla loro attivazione, nel rispetto dei tempi di attesa predefiniti e secondo criteri di priorità clinico - assistenziali;

Dimensione: Zona distretto e stabilimento o presidio ospedaliero

Ambiti di responsabilità: Responsabile Zona Distretto/Sds, direzione sanitaria di presidio, team di Gestione Operativa , direttori UUOO, Nucleo ambulatoriale

3. **livello operativo** che delinea la strutturazione delle agende con un orizzonte temporale almeno annuale, assicurando il corretto sequenziamento delle attività programmate per garantire la massimizzazione dell'utilizzo delle risorse dedicate, nel rispetto dei vincoli di disponibilità delle stesse.

Dimensione: Zona distretto/Sds e stabilimento o presidio ospedaliero

Ambiti di responsabilità: Responsabile Zona distretto/Sds, direzione presidio, team di Gestione Operativa , direttori UUOO, Nucleo ambulatoriale, Referenti di APA

Il livello esecutivo (**E**) è invece costituito dall'attività di schedulazione della produzione giornaliera per la gestione del mix di produzione quotidiano in relazione a ritardi, cancellazione di interventi ed urgenze.

Dimensione: APA

Ambiti di responsabilità: Nucleo Ambulatoriale, Referente APA

EVIDENZA

È presente un sistema di gestione della programmazione specialistica ambulatoriale organizzato su 4 livelli sinergici tra loro e fortemente integrati.

Gli strumenti a supporto della pianificazione e programmazione ambulatoriale: finalità e ambiti di applicazione

Il campo di applicazione è rappresentato dal processo decisionale riferito alla gestione della produzione ambulatoriale gli strumenti sono predittivi (1) ed operativi (2,3, 4).

1. ANALISI PREDITTIVA DELLA DOMANDA (S)

Come per tutti i processi produttivi anche per il processo outpatients è possibile effettuare un'analisi dell'andamento nel tempo della domanda (stima delle nuove richieste di prestazioni per disciplina, stima delle prestazioni di primo accesso, controllo e Follow up) che tenga conto della variabilità in modo da poter consequenzialmente effettuare una corretta pianificazione strategica. L'analisi della domanda deve essere stratificata per stabilimento, disciplina, prima visita o controllo, classe di priorità.

Tali analisi costituiscono il riferimento aziendale per il dimensionamento delle Aree di Produzione Ambulatoriali, l'efficiente impiego delle risorse umane e tecnologiche, la presenza del personale di comparto in relazione ai bisogni dell'ambulatorio, il rapporto dell'attività istituzionale con l'attività libero professionale, i servizi generali e locali di interfaccia con l'utenza.

2. DIMENSIONAMENTO ED ASSEGNAZIONE DELLE AREE DI PRODUZIONE AMBULATORIALE, APA (T)

Con orizzonte temporale semestrale deve essere definito il monte orario di sedute ambulatoriali disponibile per ciascuna specialistica e la sua distribuzione nei giorni della settimana in ciascuna delle unità eroganti in relazione alle risorse disponibili:

- monte orario risorse umane (specialisti, personale infermieristico, OSS, TSRM ecc.);
- ambulatori;
- tecnologie

In termini gestionali è da perseguire l'utilizzo efficiente dei locali ambulatoriali. Per ottenere ciò la presenza del personale del comparto (infermieri, ostetriche, TSRM e altri professionisti sanitarie, OSS) nelle Aree sede di attività ambulatoriale deve di norma essere strutturata prevedendo un utilizzo su 6 giorni a settimana e 12 ore al giorno; al sabato potranno essere considerati modelli di attività articolati su 6 ore.

La rimodulazione delle sedute ambulatoriali, intese come l'insieme di spazi fisici e orari di utilizzo all'interno dei Poliambulatori viene effettuata dalla Gestione Operativa mediante il Nucleo Ambulatoriale.

I destinatari dell'assegnazione sono le singole unità eroganti. Tramite i Direttori dei Dipartimenti viene promossa l'organizzazione delle attività su base dipartimentale o interdipartimentale. con integrazione delle competenze di più unità eroganti quando queste concorrono alla conduzione di una particolare casistica o all'utilizzo di una tecnologia sanitaria.

Agli assegnatari delle sedute ambulatoriali è richiesto di:

- utilizzare completamente lo spazio fisico e temporale assegnato per la produzione delle

prestazioni previste;

- realizzare una turnazione che garantisca una costanza del ritmo settimanale di utilizzo di locali e tecnologie. Questa costanza di utilizzo (es.: ogni lunedì pomeriggio, tutti i giorni della settimana: mattina e pomeriggio e sabato mattina) è indispensabile per la programmazione dell'attività nel medio periodo (6-12 mesi).

3. AGENDE (O,E)

L'agenda è lo strumento operativo attraverso cui viene programmata, resa disponibile e pubblicata l'offerta sanitaria ambulatoriale, la cui gestione operativa è affidata al sistema di prenotazione e alla funzione di accettazione, da prevedersi con modalità esclusivamente elettroniche, che definisce la relazione tra l'equipe di operatori sanitari, le prestazioni da questi erogabili e la durata di ciascuna di esse, la fascia oraria e i giorni della settimana di erogazione, le modalità di accesso alla prenotazione. Una delle principali criticità nel predisporre l'offerta entro i tempi massimi previsti è ancora oggi riferibile alla persistenza della mancata separazione tra le richieste generate nell'ambito del primo contatto del cittadino col sistema sanitario e le richieste originate a seguito della presa in carico del paziente, nel caso in cui problema di salute sia conosciuto (es. cronicità) e vi sia la necessità di seguirlo nel tempo (follow-up) o per eventuali approfondimenti e controlli successivi al primo contatto.

Le agende sono distinte in due tipologie:

1) Agenda di Primo contatto o primo accesso – gestisce le prestazioni prescritte prevalentemente essenzialmente dal MMG/PLS, il cui quesito diagnostico necessita di certezza e tempestività della risposta, in base anche alla classe di priorità indicata dal medico prescrittore.

2) Agenda di Presa in carico o secondo accesso – gestisce le prestazioni solitamente richieste dal medico specialista di quei cittadini che, già conosciuti dal sistema, hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con certezza di programmazione dei tempi di erogazione. L'obiettivo in questo caso è di assicurare la risposta avvalendosi di una visibilità ad almeno 12 mesi, eventualmente da ampliare secondo le cadenze specifiche del singolo percorso, che consenta comunque di comunicare all'utente la data programmata per il controllo già all'uscita dal Servizio presso cui è in carico.

Modalità di scorrimento delle agende

La prenotazione delle agende avviene secondo il criterio di scorrimento temporale senza soluzione di continuità. All'utente deve poter essere prospettata almeno una data prenotabile. Non sono ammesse le liste chiuse, ovvero agende la cui visibilità temporale sia priva di disponibilità ancora prenotabili.

Nel caso gli appuntamenti disponibili in una specifica agenda siano prossimi alla saturazione, o per le agende di presa in carico, ancorché non sature, la visibilità temporale sia inferiore a quella necessaria per la programmazione dei controlli, il Responsabile della unità erogante assicura il prolungamento del periodo di validità dell'agenda e di modulazione dell'attività ambulatoriale di concerto con il Nucleo Ambulatoriale della GO.

4. SISTEMI DI PRENOTAZIONE (E)

L'accesso alla specialistica e diagnostica ambulatoriale deve essere facilitato inserendo nuove modalità da affiancare alla prenotazione su sportello tradizionale e su call-center potenziando i canali di prenotazione per via telematica di tipo CUP-WEB anche attraverso

applicazioni che consentono la prenotazione direttamente dal proprio smartphone, con totem assistito ecc. da affiancare alla prenotazione effettuata direttamente al momento della prescrizione.

L'obiettivo da perseguire è quello di consentire l'effettuazione della prenotazione nella maniera più agile e facilmente fruibile da parte del cittadino.

A questo si aggiunge un sistema di help-desk attivo che prenderà in carico le prenotazioni che non soddisfano il tempo d'attesa, che viene attivato in via sperimentale sulle classi di priorità U e B e, a seguire, esteso anche al codice D o per le prestazioni per le quali si manifestino criticità.

Gestione degli ambiti specialistici a maggiore criticità

Il diritto del cittadino ad avere prestazioni ambulatoriali entro un tempo massimo prestabilito è parte integrante dei principi di accessibilità alle cure, di universalità ed equità del sistema e di parità di trattamento. La garanzia del “tempo di attesa” deve essere assicurata all’interno del livello essenziale di assistenza poiché intervenendo su tali processi è possibile conseguire anche obiettivi di sanità pubblica quali la garanzia di prestazioni sanitarie di eccellenza a favore dei cittadini residenti. A tale scopo si ritiene opportuno attivare percorsi e progettualità aziendali per la gestione dei tempi di attesa che in particolari ambiti specialistici consenta di assicurare l'erogazione dell'attività ambulatoriale clinica o diagnostica in esclusivo regime istituzionale (es. oncologia) anche mediante l'acquisizione dai professionisti in regime di intramoenia di prestazioni di particolare rilevanza clinico assistenziale e perseguire il contenimento delle attese in determinate aree con particolari criticità avvalendosi della possibilità di attivare – con modalità da definire a livello aziendale in base ai dati di attività - ore di attività aggiuntiva, coinvolgendo sia la dirigenza medica sia i medici specialisti ambulatoriali convenzionati (ex dgrt 1228/12).

EVIDENZE

- **Documento di Analisi predittiva della domanda**
- **Documento di programmazione per l’allineamento domanda/offerta (Dimensionamento ed assegnazione delle aree di produzione ambulatoriale)**
- **Definizione ambiti territoriale di soddisfacimento della domanda di primo contatto**
- **Regolamento delle modalità di scorrimento e manutenzione delle agende, di spostamento delle prenotazioni e di utilizzo dei sistemi di prenotazione**

Ruoli e funzioni

Le funzioni e i ruoli aziendali che intervengono nel processo di gestione della produzione ambulatoriali molteplici e sinergici tra di loro ed operano in stretto collegamento

a. Direttore del Dipartimento

Il direttore di Dipartimento nell'ambito della gestione della produzione ambulatoriale assicura, in particolare, le seguenti funzioni:

- contribuisce all'individuazione della strategia di allocazione della casistica tra i diversi stabilimenti/Unità eroganti e APA e alle strutture private convenzionate, ove previsto, e partecipa alla rimodulazione costante dell'offerta;
- contribuisce alla definizione degli obiettivi dei budget di produzione e alla costruzione ed attuazione delle strategie aziendali per la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- contribuisce alla determinazione dei fabbisogni di risorse umane (sia in relazione alle competenze che di unità di personale) e tecnologiche;
- garantisce la realizzazione delle azioni rivolte complessivamente ad assicurare un corretto utilizzo dei codici di priorità per le diverse tipologie di prestazioni;
- collabora con il Team di GO ed i Nuclei Ambulatoriali per la costruzione e l'aggiornamento del documento "Dimensionamento ed assegnazione delle aree di attività ambulatoriale" ed alla identificazione delle agende".

b. Responsabile di Struttura o di Percorso

Collabora con il Nucleo ambulatoriale alla individuazione delle agende e, in quanto assegnatario delle risorse umane, organizza e struttura le turnazioni del personale medico per la realizzazione delle attività ambulatoriali

c. Coordinatore dell'APA

In quanto assegnatario delle risorse umane del comparto (Infermieri, altre professioni sanitarie, OSS) e delle tecnologie sanitarie utilizzate nell'APA, organizza e struttura le turnazioni del personale e di utilizzo delle tecnologie per la realizzazione delle attività ambulatoriali.

d. Nucleo Ambulatoriale della GO

Cura la realizzazione in modo integrato delle azioni organizzative e di gestione delle aree produttive e logistiche necessarie alla produzione ambulatoriale nella Zona Distretto/Sds o stabilimento ospedaliero di riferimento e costituisce il punto di raccordo dei vari servizi coinvolti, con l'obiettivo di aumentare i livelli di efficienza in relazione al flusso produttivo ambulatoriale, in particolare:

- collabora con la direzione aziendale ed i dipartimenti coinvolti per la definizione del piano strategico della produzione ambulatoriale;
- supervisiona la creazione delle agende ed assicura il monitoraggio costante dell'utilizzo delle sedute assegnate e definisce le azioni correttive necessarie in caso di scostamento.

e. Responsabile di Zona Distretto/Sds e Direzione sanitaria di PO

Assicura il coordinamento complessivo dei processi sanitari di competenza e sovrintende a tutte le attività e ai requisiti logistici necessari alla fruizione dei servizi di supporto. Contribuisce all'attuazione dei piani di attività nei termini previsti, mediante la gestione efficiente ed efficace delle risorse delle quali ha la diretta responsabilità.

f. Referente di APA

Contribuisce in raccordo con il Nucleo ambulatoriale GO di riferimento per la gestione dei margini operativi previsti all'interno dell'APA e le riallocazioni di pazienti necessarie per far fronte ad evenienze inattese.

f. Help-Desk del processo ambulatoriale

Costituisce uno sportello di aiuto e facilitazione di secondo livello attivato dai prescrittori e dai prenotatori che opera per la presa in carico delle problematiche che si generano in fase prescrittiva e prenotativa delle prestazioni ambulatoriali, che possono trovare soluzione anche attraverso i margini operativi previsti a livello di APA.

g. Servizi Amministrativi a supporto

Collaborano con il Nucleo Ambulatoriale al fine della definizione e programmazione delle agende, della realizzazione del processo di prenotazione delle prestazioni e della configurazione delle procedure finalizzate all'attuazione delle linee di indirizzo in materia di tempi di attesa; forniscono le indicazioni generali e specifiche per la conduzione delle attività amministrative di front e back office, volte alla corretta rilevazione dell'attività a fini economici, e per l'adempimento dei debiti informativi, inclusi elementi di monitoraggio.

EVIDENZA

Sono definite le interfacce e le modalità di comunicazione tra tutti i soggetti coinvolti

DEFINIZIONI

PRESTAZIONI DI PRIMO ACCESSO

Si tratta delle prestazioni in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta. Il primo accesso deve essere soddisfatto nei tempi previsti dalla normativa nazionale e regionale e, per i gruppi di prestazioni di cui alla successiva tabella, in funzione dei codici di priorità clinica. L'azienda territoriale assicura all'utente il rispetto dei Tempi d'attesa e le AOU contribuiscono allo scopo partecipando con proprie quote programmate di offerta. Il prescrittore, solitamente il MMG/PLS, nella richiesta deve considerare la specialità, le caratteristiche della patologia e la sua acuzie al fine di indicare la modalità più appropriata di accesso alle prestazioni, valutazioni che esitano nella prescrizione SSR con l'indicazione del quesito diagnostico e, ove previsto, dei seguenti codici di priorità.

PERCORSI DI PRESA IN CARICO

I percorsi di presa in carico specifici per patologia sono riconducibili essenzialmente agli ambiti della cronicità e del follow-up e possono essere realizzati anche con la modalità organizzativa del Day Service. I percorsi di presa in carico possono essere esaminati, alla luce dei rispettivi protocolli e, ove previsti, dei PDTA, per valutare il fabbisogno, ovvero il consumo previsto di prestazioni ambulatoriali. Tale consumo può essere stimato conoscendo i volumi della casistica gestita, la periodicità delle visite e accertamenti di controllo, la percentuale attesa di pazienti per i quali si renderanno necessarie le singole prestazioni ambulatoriali. La stima della domanda di prestazioni per ciascun percorso è indispensabile per programmare il dimensionamento complessivo delle agende di appuntamenti, soprattutto per i servizi di diagnostica strumentale e per immagini. Obiettivo ultimo della programmazione dei percorsi è di superare la frammentarietà legata ai singoli passaggi di

prenotazione degli step previsti, introducendo un modello organizzativo fondato sulla prenotazione del percorso. La titolarità del percorso è in capo al medico che effettua la visita specialistica di avvio del percorso di approfondimento diagnostico, che esita nel trattamento terapeutico con le correlate prestazioni di controllo.

SOSPENSIONE

Per “sospensione dell’attività” si intende la non prenotabilità di una singola prestazione nell’ambito di riferimento. La sospensione delle attività è da considerarsi evenienza eccezionale, ammessa solo nei seguenti casi:

- indisponibilità imprevista di apparecchiature indispensabili per la esecuzione della prestazione;
- assenza improvvisa e giustificata di un dirigente sanitario non sostituibile ai fini dell’erogazione di quella particolare prestazione.

In tali casi dovranno tempestivamente essere predisposti dal Nucleo Ambulatoriale della GO avvalendosi del Referente APA gli spazi temporali da utilizzare in sostituzione di quelli soppressi, ricorrendo a prenotazioni aggiuntive al regolare piano di lavoro dei giorni successivi, anche in *overbooking*. Nel caso di sospensione delle agende per uno delle cause sopra indicate, l’unità di erogazione è tenuta a garantire l’erogazione della prestazione ai pazienti in lista, nell’arco dei cinque giorni.

SBLOCCO DEGLI SLOT NELLE AGENDE DI PRESA IN CARICO

Nelle agende di presa in carico, caratterizzate da slot prenotabili riservati ad un determinato percorso, per evitare che restino inutilizzati gli slot disponibili eventualmente non prenotati, gli stessi devono rientrare in prenotabilità ordinaria in tempo utile prima della data di erogazione, di norma il terzo giorno antecedente.

TEMPO ATTESA UGUALE A ZERO

Si definisce prestazione erogata o risultante dai Flussi Informativi Regionali (ex-ante ed ex-post) a tempo 0, quella che risulta avere coincidenti la "Data Contatto" e la "Data Erogazione". Considerato che le prenotazioni che trovano risposta nella stessa giornata del contatto o sono urgenze (circa il 2%) o sono casi residuali (tendenzialmente <1%) e rilevato altresì che nei flussi si evidenziano volumi erogati, con tali caratteristiche, molto maggiori, le Aziende dovranno impegnarsi a contenere entro il 10% dell’erogato/prenotato tale fenomeno.

APPENDICE A

Tempi massimi per classe di priorità

Per le prestazioni ambulatoriali, riportate nella Tabella 1 “Prestazioni oggetto di monitoraggio”, il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito nell’ambito di riferimento di cui al punto precedente, nel 90% dei casi per la classe di priorità D e nel 100% dei casi per le classi U e B.

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche deve essere previsto l’uso sistematico dell’indicazione di primo accesso o accesso successivo, del quesito diagnostico e delle classi di priorità come di seguito definite.

U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; B (Breve), da eseguire entro 10 giorni; D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; P (Programmata)

In assenza dell’indicazione del codice di priorità, la ricetta sarà gestita con classe di priorità D

Al fine di determinare il codice di priorità da indicare previa valutazione clinica al momento della prescrizione medica si forniscono le seguenti definizioni:

CLASSE U =Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza) CLASSE B =Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. (situazione di attenzione) CLASSE D =Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. (situazione di routine) CLASSE P =Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. (situazione dilazionabile)

Al fine di implementare in maniera omogenea su tutto il territorio regionale l’utilizzo dei codici di priorità, saranno definiti strumenti di governo della domanda e supporto alla decisione prescrittiva basati sull’esplicitazione delle indicazioni di priorità cliniche per l’accesso alle prestazioni specialistiche. Sarà pertanto adottato il modello RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) già sperimentato in alcune realtà sanitarie italiane e adottato in via sperimentale dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS).

Tabella 1:

Prestazioni oggetto di monitoraggio - Visite

N	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina	Tempo max ove "differibili" (gg)	Ambito di garanzia dei tempi massimi
1	Visita cardiologia	89.7	8	30	Zona
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14	30	AV
3	Visita endocrinologica	89.7	19	30	AV
4	Visita neurologica	89.13	32	30	Zona
5	Visita oculistica	95.02	34	30	Zona
6	Visita ortopedica	89.7	36	30	Zona
7	Visita ginecologica	89.26	37	30	AG
8	Visita otorinolaring.	89.7	38	30	Zona
9	Visita urologica	89.7	43	30	AG
10	Visita dermatologica	89.7	52	30	Zona
11	Visita fisiatrica	89.7	56	30	AG
12	Visita gastroenterologica	89.7	58	30	AV
13	Visita oncologica	89.7	64	30	AG
14	Visita pneumologia	89.7	68	30	AG
15	Visita chirurgia generale	89.7	9	30	AG
16	Visita reumatologica	89.7	71	30	AV
17	Visita allergologica	89.7	1	30	AV

Prestazioni oggetto di monitoraggio - Prestazioni diagnostiche

N	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempo max ove "differibili" (gg)	Ambito di garanzia dei tempi massimi
18	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	60	AG
19	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1	60	AG
20	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1	60	AG
21	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3	60	AG
22	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5	60	AG
23	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1	60	AG
24	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1	60	AG
25	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5	60	AG
26	RMN Cervello e tronco encefalico encefalico	88.91.1 - 88.91.2	60	AG
27	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	60	AG
28	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2	60	AG
29	RMN Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1	60	AG
30	Ecografia Capo e collo	88.71.4	60	AG
31	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3	60	AG
32	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5	60	AG
33	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2	60	AG
34	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	60	Zona
35	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2	60	AG
36	Ecografia Ostetrica -Ginecologica	88.78 - 88.78.2	60	Zona
37	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42	60	AG
38	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	60	AG
39	Esofago-gastroduodenoscopia	45.13 – 45.16	60	AG
40	Elettrocardiogramma	89.52	60	AG
41	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	60	AG
42	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43	60	AG
43	Audiometria	95.41.1	60	AG
44	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2	60	AG
45	Fondo Oculare	95.09.1	60	AG
46	Elettromiografia	93.08.1	60	AG

Legenda: AV: Area Vasta; AG: Ambito Garanzia definito dalle aziende secondo quanto indicato nella presente delibera

Ambito territoriale di soddisfacimento della domanda di primo contatto

La programmazione di Area Vasta mira a soddisfare la domanda appropriata programmando una offerta di prestazioni di analoga consistenza. A tale scopo considera in ciascun ambito

territoriale l'insieme unitario delle risorse disponibili nelle realtà ospedaliere, territoriali, pubbliche e del privato convenzionato. Questo ambito territoriale per le Aziende territoriali si identifica con la Zona Distretto.

I tempi massimi di attesa devono essere garantiti da ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di riferimento.

Per le prestazioni che non hanno come ambito di riferimento la Zona o l'Area Vasta, ogni singola Azienda definisce un ambito geografico di garanzia assicurato attraverso la formalizzazione di reti cliniche dell'offerta specialistica, definite assumendo un bacino demografico di riferimento, per ciascuna disciplina, tenuto conto anche delle caratteristiche oro-geografiche territoriali e non superiore ai 400.000 abitanti.

Per le prestazioni con codice di priorità U (Urgente) l'ambito di garanzia è di norma individuato nel Presidio Ospedaliero di riferimento e assicurato attraverso un percorso gestionale di presa in carico definito da ogni singola Azienda (es. numero verde dedicato, contatto diretto con il servizio specialistico, prenotazione su agenda dedicata ...).

APPENDICE B

Livello di analisi; Regione (R) Azienda (A) Zona (Z) Presidio erogatore (P) APA (Area Produttiva Ambulatoriale)

Indicatore	
<i>Utilizzo del codice di priorità</i>	R, A, Z
<i>Percentuale prestazioni prenotate tramite CUP</i>	R, A, Z, P
<i>Tasso di abbandono senza disdetta</i>	R, A, Z, P
<i>Percentuale prestazioni con tempo attesa 0</i>	R, A, Z, P
<i>Soddisfazione dei tempi massimi per codice di priorità per le prestazioni di cui alla Tab. 1</i> <i>Percentuale di prestazioni prenotate entro i tempi massimi previsti in base al codice di priorità</i>	R,A,Z, P
<i>Indice di pressione esterna ad un determinato momento per prestazione offerta</i> <i>È un indice del funzionamento della Azienda/Zona Distretto/Ospedale/APA in relazione al numero di utenti in attesa per prestazione offerta, valutata in un preciso momento. Si ottiene dal rapporto tra i pazienti in lista d'attesa, per quella prestazione, ad una certa data, con la disponibilità settimanale di visite o di prestazioni specialistiche.</i> <i>I.P.E. = PzL/Ds</i> <i>PzL = N° pazienti in lista d'attesa ad una determinata data</i> <i>Ds = Disponibilità settimanale (rappresenta il n° di prestazioni specialistiche ambulatoriali o domiciliari settimanalmente prenotabili)</i>	A,Z,P, APA
<i>Indice di Saturazione.</i> <i>Percentuale di prestazioni effettuate, nel periodo considerato, rispetto alle prestazioni attese (considerando l'eventuale riduzione stagionale dell'offerta).</i> <i>L'indice uguale al 100% rappresenta l'offerta completamente "utilizzata".</i> <i>I.S. = PE/(Ds * X settimane)* 100</i> <i>Ds = Disponibilità settimanale (rappresenta il n° di prestazioni specialistiche ambulatoriali o domiciliari settimanalmente prenotabili);</i> <i>PE = N° prestazioni totali effettuate in azienda in un determinato periodo</i>	A,Z,P, APA
<i>Indice di presa in carico</i> <i>Percentuale di visite e controlli prescritte dai medici specialisti</i>	A,Z, P, APA

<p><i>IpC = Prescrizione Specialistiche/erogato prescritto da specialisti</i></p> <p><i>L'indice deve tendere al 100% rappresenta la corretta modalità di prescrizione</i></p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

APPENDICE C

MATRICE RUOLI E STRUMENTI

RUOLI – GESTIONE ATTIVITA' PRODUZIONE AMBULATORIALE						
STRUMENTI	Nucleo Ambulatoriale della GO	Dipartimenti	Responsabile di struttura o di Percorso	Coordinatore dell'Area di Produzione Ambulatoriale	Direzione sanitaria di PO e responsabili Zona Distretto	Help-Desk del processo ambulatoriale
Analisi Predittiva della Domanda	⊙	⊙	○	○	△	
Dimensionamento e assegnazione delle APA	⊙	⊙	○	△	○	
Agenda prestazione di primo accesso	⊙		⊙	○		○

Sistema di prenotazione	○		⊙	○		⊙
Gestione degli ambiti specialistici a maggiore criticità	⊙	⊙	○	○	⊙	△

LEGENDA:
⊙ Responsabilità diretta della costruzione e gestione dello strumento
○ Ruolo di supporto decisionale alla costruzione e gestione dello strumento
△ Collaborazione alla costruzione e gestione dello strumento

APPENDICE D

Azioni e strumenti ulteriori per il miglioramento del processo e per favorire l'allineamento tra capacità e domanda

Un'area di interesse sulla quale agire è rappresentata dalla possibilità di ampliare le modalità con le quali la competenza e il valore della risorsa specialistica è agita a supporto della gestione dei pazienti a livello delle cure primarie o della presa in carico specialistica superando l'automatismo della cadenza dei controlli.

A questo fine è necessario prevedere azioni e strumenti per:

- a. favorire la presa in carico da parte del team che consenta di gestire i contatti successivi alla visita precedente avvalendosi anche di altre figure oltre quella medica, utilizzando strumenti di supporto alla decisione nell'ambito di protocolli o PDTA codificati in modo da poter anche prevedere tempi più lunghi per la visita successiva, anche creando, ove possibile, canali alternativi alla visita per le ripetizioni delle prescrizioni farmaceutiche o controllo esami,
- b. consentire contatti successivi da parte dello specialista mediante anche con ausilio della tecnologie di comunicazione, quali la televisita e il teleconsulto come già suggerito dalle linee di indirizzo nazionali per la Telemedicina (recepte con DGRT 497/2014),
- c. creare protocolli per specifici percorsi, condivisi con la Medicina Generale avvalendosi delle AFT di riferimento, che individuino i criteri e le modalità di attivazione della consulenza o dell'invio al medico specialista dei pazienti in carico ai MMG e/o l'integrazione della competenza specialistica a livello delle AFT zonali.