

**“Programma Regionale per il
Governo dei Tempi di Attesa
delle Prestazioni di
Specialistica Ambulatoriale
per il triennio 2017-2019”.**

Sommario

Glossario

1. INTRODUZIONE

L'analisi del fenomeno "liste di attesa" in atto a livello nazionale ed a livello regionale da diversi anni, il suo mutamento progressivo - anche in considerazione del variare della domanda e degli assetti erogativi nel SSR - e la possibilità di utilizzare buone pratiche già in corso, consentono oggi di fornire alle aziende sanitarie alcune indicazioni operative sulla base delle quali produrre, come espressione della programmazione aziendale, dei piani di miglioramento capaci di incidere rapidamente su aspetti rilevanti per i cittadini in termini di accessibilità e valorizzazione, anche professionale, delle prestazioni specialistiche erogate nell'ambito del SSR.

È utile ricordare che il tema non trova risposta in un'unica azione risolutiva ma deve essere affrontato secondo una logica sistemica, agendo a livello programmatico e operativo su più livelli. Nella figura seguente sono sintetizzati i principali elementi di rilievo del contesto nazionale e regionale.

Figura 1. Fattori di contesto che rilevano nella gestione delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale



A fronte degli elementi sopra esposti, il presente documento ha lo scopo di definire gli indirizzi operativi e gli strumenti di gestione messi in campo dalla Regione Piemonte per il triennio 2017-2019 con riferimento al governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale.

La figura 2 descrive l'articolazione degli interventi come esposti nel presente allegato.

Figura 2. Sintesi del modello operativo e delle linee di intervento



2. IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA: LA PROPOSTA OPERATIVA PER IL PERIODO 2017 – 2019

2.1 Il modello operativo

Al fine di rispondere nei tempi e nei setting appropriati, e secondo priorità cliniche, è necessario variare gli assetti erogativi nel SSR prevedendo **un livello di governance della Direzione Sanità**, che tenga conto dell'offerta complessiva disponibile, e **un livello operativo gestionale unico, coincidente con il bacino geografico di garanzia per il soddisfacimento del bisogno del cittadino di prestazioni specialistiche, individuato nelle Aree Omogenee di Programmazione** ex DM 70/2015 (così come identificate con D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, e modificate alla luce del fatto che con D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016 è stata approvata l'unificazione delle AA.SS.LL. TO1 e TO2, identificate quali ASL unica, denominata "Asl Città di Torino"), coordinate dalle Direzioni sanitarie aziendali e capaci di soddisfare le esigenze specialistiche negli ambiti in cui sono articolate le Aziende Sanitarie regionali.

Di seguito vengono dettagliate le cinque Aree Omogenee:

Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino, ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino

Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino

Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo

Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara

Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AO SS.Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

La Direzione Sanità definirà con proprio provvedimento i ruoli e le funzioni di coordinamento delle Aree Omogenee sopra elencate.

Nel perseguimento degli obiettivi hanno un significativo livello di responsabilità naturalmente anche i professionisti ed i cittadini, le cui responsabilità sono dettagliate ai paragrafi successivi.

Elementi essenziali di tale **modello operativo** sono i seguenti:

1. Procedere progressivamente ad una completa separazione tra le richieste generate nell'ambito del primo contatto fra il cittadino e il sistema sanitario (proprie dei servizi delle cure primarie, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta), per il quale deve essere soddisfatto il quesito diagnostico e le richieste originate a seguito della presa in carico del paziente da parte del sistema delle cure primarie e/o dagli specialisti nel caso in cui problema di salute sia conosciuto e vi sia la necessità di seguirlo nel tempo (follow up, cronicità) per gli eventuali successivi approfondimenti ed i controlli generati successivamente al primo contatto.

Nel primo contatto il quesito diagnostico, in quanto ancora sconosciuto, presenta tutte le caratteristiche dell'imprevedibilità e quindi necessita di certezza e tempestività delle prestazioni utili alla risposta. Nel caso della presa in carico devono invece essere gestite le prestazioni di quei cittadini che, già conosciuti dal sistema, hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con altrettanta certezza e programmazione dei tempi di erogazione delle prestazioni.

Il seguente schema rappresenta le caratteristiche essenziali dei due livelli del modello:

Primo accesso

1. Il prescrittore è di solito (anche se non esclusivamente) il MMG o il pediatra di LS
2. Quesito diagnostico nuovo
3. Imprevedibilità dell'esito
4. Situazioni cliniche potenzialmente evolutive
5. Necessità di risposta immediata / tempestiva
6. Determinanti altre decisioni cliniche

Secondo accesso

1. Il prescrittore può essere molteplice
2. Quadro diagnostico conosciuto
3. Esito prevedibile
4. Evoluzione clinica prevedibile
5. Necessità di una risposta clinica programmabile nel tempo
6. Non determinanti, generalmente, altre decisioni cliniche

2. Attivare diffusamente i percorsi di consulenza/prestazioni per il paziente cronico e anche in regime di urgenza su specifici PDTA formalizzati e prenotabili direttamente dal sistema delle cure primarie.

Al fine di realizzare il modello sopra rappresentato si devono porre in essere una serie di azioni su domanda ed offerta, con tempistiche realizzative di breve, medio e lungo periodo.

2.2 Gli ambiti territoriali di bilanciamento della domanda e dell'offerta in funzione del rispetto dei tempi di attesa

Al fine di migliorare l'accessibilità delle cure e ridistribuire l'offerta garantita sul territorio, la Direzione Sanità provvederà entro 120 giorni a ridefinire i "criteri di garanzia" per le prestazioni oggetto di monitoraggio, anche sulla base di analisi comparative con le altre realtà regionali. Le visite e le prestazioni di diagnostica saranno dunque ricondotte, in linea con la metodologia applicata dal DM70/2015 per l'assistenza ospedaliera, ai seguenti ambiti di garanzia territoriale all'interno dell'ASL:

- a. Distrettuale per le prestazioni a bassa e media complessità
- b. Aziendale (a livello di Presidio Ospedaliero) per le prestazioni di media ed alta complessità
- c. Sovraziendale o regionale per prestazioni ad alta ed altissima specialità nella logica di rete e/o hub&spoke
- d. Sovraregionale per le prestazioni ad alta complessità, non erogate in ambito piemontese (es. adroterapia)

Al fine di consentire alla popolazione la tutela della garanzia dei tempi massimi, anche il monitoraggio dei tempi di attesa ricomprenderà il distretto di afferenza e i distretti limitrofi.

Gli indirizzi che la Direzione Sanità emanerà entro 120 giorni, individueranno anche, tra le prestazioni oggetto di monitoraggio, quelle più critiche per le diverse aree e le relative tempistiche di "miglioramento".

E' necessario, ai fini della messa a regime dell'intero sistema di governo delle liste d'attesa, prevedere da subito che le Aree Omogenee di Programmazione predispongano un **Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa**, predisposto in base al format che sarà inviato alle AA.SS.RR. a cura della Direzione Sanità, in cui si tenga conto del fatto che alcune prestazioni specialistiche trovano risposta nella zona di residenza del paziente, che deve dunque essere

identificata come l'ambito naturale di programmazione erogativa rispetto alla domanda espressa dagli assistiti a livello territoriale.

I Programmi di Area per il Governo dei Tempi di Attesa potranno tenere conto delle criticità/opportunità specifiche per i distinti ambiti territoriali, e quindi le Aziende Sanitarie regionali afferenti alla medesima Area Omogenea di Programmazione potranno individuare le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica su cui avviare il Programma per l'abbattimento delle liste di attesa, ferma restando la progressiva estensione del lavoro a tutte le prestazioni individuate a livello regionale.

2.3 I RUOLI A LIVELLO REGIONALE E AZIENDALE

2.3.1 Il ruolo regionale ed il Gruppo di Coordinamento del “Programma Operativo regionale per il Governo dei Tempi di Attesa

La Regione recepisce gli indirizzi nazionali, ne definisce le indicazioni attuative, monitora l'andamento dei tempi d'attesa, individua gli strumenti per il governo dei tempi d'attesa e gestisce la risoluzione di eventuali conflitti.

La Regione contribuisce altresì alla messa a punto e affinamento anche a livello nazionale di strumenti utili per il governo delle liste d'attesa, quali ad esempio il sistema RAO.

Presso la Direzione Sanità si istituisce il coordinamento operativo regionale per il governo dei tempi di attesa. Il Coordinamento, diretto dalla Direzione Sanità è composto dal Responsabile del Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera, dal Responsabile del Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale, dal Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio Costi per Livelli di Assistenza delle ASR e Sistemi Informativi e da un Direttore Sanitario in rappresentanza di ciascuna delle Aree Omogenee di Programmazione.

2.3.2 Il ruolo Sovra-aziendale

L'Area Omogenea rappresenta il bacino di garanzia per il soddisfacimento del bisogno del cittadino di prestazioni specialistiche e quindi la sede di definizione dei Programmi di Area per il Governo dei Tempi d'Attesa di cui al paragrafo 2.2.

Ogni Area Omogenea, con le modalità di funzionamento e coordinamento che saranno stabilite dalla Direzione Sanità nonché con le regole di raccordo che saranno concordate tra le AA.SS.RR. afferenti alla stessa, garantisce pertanto il livello di programmazione e di attuazione del programma di governo per l'area di riferimento.

Tal livello sovra-aziendale configura inoltre uno dei livelli di interlocuzione con la Direzione Sanità.

2.3.3 Il ruolo dell'Azienda Sanitaria Regionale

Le Aziende (ASR) attuano le indicazioni regionali, analizzano e monitorano la situazione dei territori di riferimento, formulano alla Regione le proposte di pertinenza.

Il SSR riconosce all'Azienda Sanitaria Locale (di seguito ASL) il ruolo di tutela della salute della popolazione in essa residente (LR n°10 del 24 gennaio 1995 e s.m.i). Al fine di poter rafforzare l'esercizio di questo ruolo alla ASL è attribuito il ruolo di committente per il governo dei tempi di attesa nei confronti delle proprie Strutture erogatrici, delle Aziende Ospedaliere e dei privati

accreditati e con accordo contrattuale (D.Lgs 229/99 e s.m.i) operanti nel suo territorio, in coerenza con la programmazione aziendale e sovra-aziendale.

Il Direttore Generale garantisce l'istituzione di una funzione aziendale responsabile per l'attuazione di quanto sopra.

Il Responsabile del governo dei tempi attesa (RETA), in ciascuna ASR, è il Direttore Sanitario di Azienda che svolge tale ruolo secondo le modalità che ritiene più opportune, avvalendosi di strutture aziendali competenti.

Nello specifico, nel ruolo di ReTA, il Direttore Sanitario opera nell'ambito della programmazione, della riorganizzazione dei processi assistenziali e dell'analisi dell'utilizzo della capacità produttiva (componente territoriale e ospedaliera). È responsabile dell'istituzione e della gestione delle agende specialistiche nonché dell'integrazione delle agende pubbliche e private.

Il ReTA propone, altresì, alla Direzione Generale i volumi annuali dell'attività libero professionale rendendoli coerenti con i volumi di attività istituzionale. Il ReTA in caso di criticità nell'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti, propone alla Direzione Generale la modifica dei volumi di attività istituzionale nonché le eventuali azioni che possono attenuare l'attività erogata in regime di libera professione.

2.3.4 Il ruolo degli erogatori (pubblici e privati)

Tutti le strutture erogatrici contribuiscono al governo delle liste d'attesa attraverso le seguenti azioni:

- ❖ applicazione delle «regole» del nuovo modello erogativo:
 - programmazione attività erogative sulla base dei Piani di Area Omogenea
 - adeguamento supporti informatici
 - separazione linee di prenotazione primi e secondi accessi sia dal punto di vista organizzativo che informatico
 - messa a CUP di tutte le agende (comprese quelle di LP)
- ❖ attivazione modalità di comunicazione «strutturate» con le diverse categorie di prescrittori
- ❖ definizione percorsi istituzionali di coinvolgimento e informazione/formazione dei propri professionisti su:
 - attuazione nuovo modello per il governo delle LA
 - utilizzo strumenti informatici
 - applicazione PDTA
- ❖ attuazione adeguate modalità informative rivolte ai cittadini

2.3.5 Il ruolo dei professionisti

Gli interventi e le regole illustrate nel presente programma operativo non sono altro che strumenti forniti dal sistema sanitario regionale al mondo professionale per migliorare la efficacia delle cure prestate ai pazienti.

Senza una piena condivisione degli obiettivi e una loro coerente applicazione da parte dei professionisti sanitari gran parte delle azioni previste dai programmi regionali e aziendali rischia di rimanere a uno stadio potenziale e di non produrre effetti significativi sulla cura dei pazienti.

Il governo delle liste di attesa si fonda su un uso appropriato e mirato degli strumenti diagnostici e specialistici disponibili che solo la preparazione e la responsabilità dei professionisti prescrittori possono assicurare.

Sarà per questo necessario accompagnare l'attuazione del piano regionale e dei piani locali con azioni di coinvolgimento, informazione e formazione dei professionisti per garantire la piena conoscenza delle potenzialità d'uso degli interventi disponibili.

Inoltre la elaborazione e la pratica attuazione dei percorsi di diagnosi e cura non potranno che essere realizzati in accordo e collaborazione con i professionisti responsabili della loro osservanza. Sarà inoltre opportuno integrare gli interventi previsti da questo piano con le azioni di riorganizzazione in corso nel sistema dei servizi sanitari piemontesi.

In particolare la prevista distinzione dei primi accessi da quelli successivi richiede al mondo professionale di partecipare attivamente a:

- definizione e messa a punto dei processi di prescrizione e prenotazione;
- sviluppo e il potenziamento del sistema delle cure primarie per renderlo pienamente in grado di prendersi in carico i pazienti cronici con modalità di tipo e proattivo e con risposte di tipo multi professionale;
- integrazione funzionale dei diversi servizi sanitari e socio sanitari orientata dalla centralità del bisogno dei pazienti e finalizzata alla continuità delle cure;
- elaborazione di PDTA per le principali patologie croniche e la loro realizzazione pratica modulandoli e adattandoli alle varie realtà territoriali.

2.3.6 Il ruolo dei cittadini

Il ruolo dei cittadini si esplica anzitutto nell'uso consapevole e responsabile del Servizio Sanitario pubblico che si manifesta, in particolare, attraverso:

- La conoscenza degli elementi fondamentali di autogestione della propria salute e l'acquisizione di migliori capacità per metterli in pratica
- Il possesso di senso critico, con maggiore consapevolezza di limiti, rischi e costi dei trattamenti correnti e della disponibilità di efficaci alternative
- La capacità di far buon uso dei servizi sanitari nella consapevolezza sia dei propri diritti, compreso quello di trovare risposta al proprio bisogno di prestazione nella propria Area di riferimento, sia delle proprie responsabilità.

Al fine di raggiungere gli obiettivi sopra illustrati, è necessario che i cittadini siano correttamente indirizzati innanzitutto ad una buona educazione sanitaria che, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha quale scopo: “[...] di aiutare le popolazioni ad acquisire la salute attraverso il proprio comportamento e i propri sforzi; l'educazione sanitaria si fonda dunque in primo luogo sull'interesse che i singoli manifestano per il miglioramento della loro condizione di vita e mira a far loro percepire tanto come individui, che in quanto membri di una famiglia, di una collettività, di uno Stato, che i progressi della salute derivano dalla loro responsabilità personale”.

L'educazione sanitaria deve essere, dunque, intesa come un processo di comunicazione interpersonale, diretto a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute ed a responsabilizzare gli individui e i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività.

Si ritiene, pertanto, di procedere con un insieme di interventi volti a modificare coscientemente e durevolmente l'atteggiamento della popolazione nei riguardi della salute ed il rapporto tra operatori sanitari e popolazione. Il primo di questi interventi sarà la realizzazione di una campagna di comunicazione, come dettagliata ai paragrafi successivi.

Si ritiene di valutare, contemporaneamente, nell'ambito del Gruppo di Coordinamento, le eventuali azioni da porre in essere nei confronti dei cittadini che utilizzano in maniera non responsabile l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, in particolare per le prenotazioni multiple e contemporanee, o la mancata presentazione, senza disdetta, al momento dell'erogazione dell'esame.

2.4 AZIONI SULLA DOMANDA

2.4.1 Appropriately Prescrittiva

La riduzione della variabilità dei comportamenti prescrittivi è una delle dimensioni principali su cui si sono concentrati negli ultimi anni gli interventi di politica sanitaria in una logica di clinical governance del fenomeno. Non ultimo il DPCM sui nuovi LEA, recentemente siglato, interviene sull'argomento con l'obiettivo di rendere evidente l'aderenza delle prescrizioni alle evidenze scientifiche in coerenza con l'autonomia professionale del medico prescrittore.

Tale tematica assume un ruolo di rilievo nella gestione delle liste d'attesa in quanto risulta direttamente correlata alla gestione della domanda di prestazioni.

Come già evidenziato dal Ministero della Salute (Mattone 7 – misura dell'appropriatezza), risulta necessario procedere ad attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica ed efficacia rispetto ai costi delle prestazioni offerte, nonché all'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità del sistema.

Si evidenzia come, con specifico riferimento al D.M. 9 dicembre 2015 inerente alle "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale", siano già state inviate le note prot. n. 3241/A14000 del 08.02.2016, n. 8714/A14000 del 19.04.2016 n. 8715/A14000 del 19.04.2016, n. 73316/A14000 del 15.06.2016, di chiarimenti. Tale decreto ha avuto un iter applicativo complesso su tutto il territorio nazionale, tale da indurre il Ministero a stabilirne una fase di applicazione sperimentale, a tempo indefinito, che risulta ora superata con l'approvazione dei nuovi LEA.

Ad ogni buon conto, si prevede di programmare, anche in linea con i lavori già avviati nel corso del 2015 dal Tavolo Metropolitano nonché secondo la metodologia di appropriatezza utilizzata per la DGR 44-3399 del 30.05.2016, azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni più "critiche", sia in termini di eccessivo consumo pro capite che di lista d'attesa.

Il coinvolgimento sistematico dei professionisti è ritenuto strategico al fine di analizzare i dati di consumo alla luce dei fabbisogni e delle evidenze scientifiche in materia e nel definire i percorsi diagnostico terapeutici.

Pertanto si procederà su diverse linee di lavoro:

- analisi dati di flusso di prestazioni target anche facendo attività di benchmarking intraregionale e verso altre realtà regionali;
- svolgimento audit clinici per monitorare l'aderenza alle evidenze scientifiche e definire gli opportuni interventi di miglioramento;
- definizione PDTA;
- introduzione/perfezionamento sistema RAO;
- azioni volte a limitare l'eccessivo consumo di prestazioni ove rilevato;
- realizzazione iniziative di aggiornamento e formazione;
- ecc.

Quanto sopra andrà armonizzato anche con gli indirizzi forniti dal Piano nazionale Cronicità, che dovranno presto trovare attuazione nel sistema sanitario piemontese, che costituiscono un importante fonte di orientamento per il funzionamento servizi e sono destinati a influenzare favorevolmente il governo della domanda di prestazioni sanitarie.

Il Piano richiede di sviluppare un'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari orientata ai bisogni del paziente cronico e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la mortalità e la disabilità prematura.

Richiede, in particolare:

- L'evoluzione dalla cosiddetta 'medicina d'attesa', adatta alla gestione delle malattie acute, verso il nuovo paradigma della 'medicina d'iniziativa' (proattiva), che garantisce continuità delle cure e una presa in carico personalizzata, fondata su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa
- La responsabilizzazione e il coinvolgimento del paziente nel processo di cura (self management, patient empowerment), componenti essenziali per la gestione della malattia
- Non solo appropriatezza e sviluppo di PDTA ma soprattutto una forte integrazione nella rete dei servizi, per superare la frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta
- La necessità che gli operatori siano orientati dai bisogni assistenziali del malato prima ancora che dalle loro malattie.
- Il confronto continuo tra medici e pediatri di famiglia e specialisti.

2.4.2 Campagne di comunicazione

Anche sulla base di quanto sopra, il Gruppo di Coordinamento così come dettagliato nel testo della deliberazione di cui il presente documento è parte sostanziale ed integrante, predispone campagne di sensibilizzazione e informazione alla popolazione.

Si prevede l'articolazione di una campagna di comunicazione e di divulgazione capillare, su tutto il territorio regionale. Analogamente, le Aziende devono partecipare attivamente, in coerenza con gli indirizzi regionali, a tali campagne anche identificando figure interne di riferimento sia per i professionisti che per i cittadini.

E' necessario, in particolare, il coinvolgimento di rappresentanze dei cittadini, associazioni nonché dei mass media.

La campagna di comunicazione muoverà dall'informazione semplice e chiara, corretta e costantemente aggiornata sui vari problemi che riguardano la salute, essendo convinzione condivisa che da sola l'informazione non è sufficiente ad educare compiutamente; è senza dubbio uno strumento importante ed il primo, essenziale passo verso la modifica della mentalità e del comportamento, che deve poi determinare la presa di coscienza e l'assunzione di responsabilità di fronte alle decisioni operative. Occorre aggiungere, inoltre, che l'informazione deve essere scientificamente corretta, ma realisticamente comprensibile.

Un'azione educativa quanto mai efficace può e deve essere svolta nella scuola, nell'ambiente di lavoro, nelle associazioni culturali e di volontariato e ovunque vi sia una aggregazione di persone interessate ai problemi della salute.

Momenti ulteriori di efficace comunicazione e formazione sono le Campagne di promozione della salute che possono rappresentare strumenti importanti di educazione all'uso del "bene" prestazione sanitaria.

Quindi, sulla base di quanto sopra il Gruppo di Coordinamento così come dettagliato nella Delibera predispone uno specifico Piano di comunicazione finalizzato alla sensibilizzazione e all'informazione della popolazione e dei professionisti sanitari.

Il piano sarà articolato per includere:

- La presenza degli obiettivi e delle azioni del Programma per il governo delle liste d'attesa nei canali di comunicazione ordinariamente utilizzati dalla Regione e dalle ASR
- L'organizzazione di apposite campagne straordinarie finalizzate a potenziare l'impatto della comunicazione generale o per mirare specifici obiettivi
- L'uso dei nuovi media sia per informare sul funzionamento del sistema di governo dei TA sia per la regolazione del sistema stesso (email, strumenti di recall, specifiche app, ecc.)

Contestualmente al suo sviluppo e alla sua graduale attivazione su tutto il territorio nazionale anche il nuovo numero europeo armonizzato a valenza sociale 116-117 potrà costituire un potente strumento di comunicazione in questo ambito.

2.5 AZIONI SULL'OFFERTA

2.5.1 Gestione e Integrazione delle Agende Ambulatoriali

La Direzione Sanità, anche in vista della prossima implementazione del CUP regionale, provvederà a dare indicazioni univoche in merito alle tematiche di seguito affrontate.

Attribuzione dei codici di priorità. Risulta necessario aggiornare gli indirizzi operativi che si sono succeduti nel tempo in vari atti al fine di rendere omogenee le condizioni di appropriatezza che sono alla base dell'attribuzione dei codici priorità. Favorendo contestualmente il miglioramento nella lettura dei dati di produzione e dunque l'efficacia del monitoraggio

Organizzazione delle agende e delle liste di prenotazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Risulta necessario definire una nuova modalità informatica-organizzativa per ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche, ovvero per le prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste per i pazienti nuovi e non conosciuti dal SSR per quel nuovo problema clinico (esemplificativo: quesito diagnostico nuovo imprevedibilità dell'esito, situazioni cliniche potenzialmente evolutive, nessuna risposta immediata, determinante altre decisioni cliniche). Per questi flussi di pazienti devono essere costruiti, come evidenziato nelle sezioni precedenti del presente documento, percorsi di accesso alle visite e alle diagnostiche completamente distinti rispetto ai restanti flussi di pazienti già conosciuti al servizio sanitario in ragione del quesito clinico di accesso. Nei paragrafi seguenti sono indicate le prime indicazioni in merito a: primo accesso e secondo accesso nel rispetto di quanto definito al paragrafo 2.2 "Definizione degli ambiti territoriali per la garanzia dei tempi massimi di attesa".

In linea generale si evidenzia che le agende dovranno essere organizzate per codice di priorità all'interno della disciplina. L'organizzazione della capacità produttiva in ragione delle agende dovrà comprendere tutte le tipologie di specialisti nella disciplina. Le agende dovranno ricomprendere anche l'attività libero professionale intramoenia.

Adozione delle "agende di garanzia". Rappresenta la necessità di garantire il rispetto dei tempi d'attesa con strumenti "integrativi" quali:

- o aumento produttività interna
- o accordi tra ASL e AO
- o accordi con il privato accreditato
- o utilizzo della libera professione intramoenia

per disporre di *slot* di prenotazioni/prestazioni integrative al fine di garantire al cittadino il pieno rispetto dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale di primo accesso.

Tali strumenti sono attivati esclusivamente per prestazioni il cui consumo rientra negli standard di appropriatezza, nel caso in cui nell'ambito territoriale di riferimento non sia garantito il tempo massimo di attesa previsto per quella prestazione. Pertanto, nella fase iniziale di monitoraggio, si prevede la necessità/opportunità che le ASL garantiscano una significativa operazione di "tuning" finalizzata a trovare il giusto equilibrio fra domanda e offerta di primo accesso.

Contestualità prescrizione e prenotazione. Sarà perseguita la possibilità di far effettuare da parte del medico o pediatra di famiglia o specialista, al momento della prescrizione, anche la prenotazione della prestazione diagnostica, sulla base di percorsi / ambiti di cura che saranno condivisi e definiti specificamente.

Possibile estensione delle fasce orarie e delle giornate di erogazione delle prestazioni specialistiche ampliandole alle ore tardo pomeridiane e serali e anche alle giornate di sabato e pre-festive con il fine di migliorare le possibilità di accesso dei cittadini e di utilizzare in modo più intensivo le tecnologie.

2.5.2 Prestazioni di Primo Accesso

Il meccanismo necessario per soddisfare le richieste di specialistica ambulatoriale che quotidianamente vengono espresse nell'ambito di primi contatti, generati prevalentemente dal sistema di cure primarie, passa obbligatoriamente attraverso il bilanciamento della domanda con l'offerta, oltre al perseguimento dell'aderenza ai criteri di appropriatezza. Pertanto la definizione del Programmi di Area Omogenea di Programmazione da mettere in atto, deve tener conto delle risorse presenti a livello di ogni ambito territoriale che, nei casi successivamente definiti, è rappresentato dall'ambito della domanda in area distrettuale.

Le attività di specialistica ambulatoriale rappresentano una dimensione unitaria professionale e organizzativa, indipendentemente dalla struttura organizzativa erogativa. Non esistono cioè due realtà, una territoriale ed una ospedaliera, oppure una specialistica pubblica e una specialistica convenzionata, con distinti e separati livelli di programmazione, governo e gestione.

Esiste, altresì, un unico bacino di competenze dei medici specialisti e delle attività specialistiche operanti nei diversi ambiti suddetti, coordinati nella loro dimensione erogativa, che richiede la chiara definizione della missione e delle finalità dei diversi attori e livelli prestazionali, anche nell'ambito di percorsi ed attività.

Specialisti ospedalieri, specialisti ambulatoriali del pubblico e attività specialistiche del privato accreditato convenzionato costituiscono un unico bacino dell'offerta specialistica, rispondono ad una governance unitaria, utilizzano sistemi di prenotazione unici e gestione di percorsi integrati e funzionalmente collegati.

Nella gestione del primo accesso si dovrà tener conto delle tempistiche previste dalla normativa nazionale e regionale per i diversi livelli di priorità clinica; il prescrittore nella richiesta dovrà considerare la specialità, le caratteristiche della patologia e il suo grado di urgenza al fine di indicare la modalità più appropriata di accesso alle prestazioni. Per prestazioni con priorità U la prenotazione deve essere gestita o direttamente dal setting della medicina generale o attraverso un sistema di prenotazione che garantisca il rispetto del tempo massimo di 72 ore. Le restanti prestazioni (D), originate nell'ambito di primo contatto, dovranno essere soddisfatte nei tempi indicati nella seguente tabella che richiama le categorie di priorità come definite dal PNGLA vigente declinate a livello regionale.

| | |
|------------------------|---|
| 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 15 o 30 giorni per le visite e 30 o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; |
| P (Programmata) | In questa classe sono escluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up e comunque inserite in un PDT |

Nelle more della stesura del documento relativo ai bacini di garanzia di cui al paragrafo 2.2, per le prestazioni di diagnostica più complessa di cui alla successiva tabella 1, i Programmi di Area di governo delle liste di attesa come previsti nella deliberazione, dovranno tenere conto della potenziale evoluzione clinica sottesa alla patologia oggetto di indagine per cui, sostanzialmente, potranno essere previsti iniziali superamenti dei tempi massimi di attesa richiamati nel presente documento, solo per quelle prestazioni di primo accesso non correlate con quadri clinici potenzialmente in rapida evoluzione, quali ad esempio RM e TC muscoloscheletriche. Nell'ambito dei Programmi di Area dovranno trovare risposta anche le prestazioni originate dai PDTA per condizioni croniche, o per condizioni acute, in coerenza con i PDTA condivisi. Tutte le altre prestazioni non rientranti nelle casistiche sopra descritte, rientrano tra le prestazioni di controllo e pertanto sono disciplinate come descritto nel paragrafo "secondo accesso"

TABELLA 1

Obiettivo tempi di attesa – prestazioni critiche

Le prestazioni che dal monitoraggio a novembre 2016 presentano un tempo medio regionale di erogazione >= 15 GG rispetto allo standard previsto sono:

| prestazione | standard | TM reg 2015 | TM reg a nov 2016 |
|--|----------|-------------|-------------------|
| 03 - Visita endocrinologica | 30 | 60 | 73 |
| 12 - Visita gastroenterologica | 30 | 43 | 47 |
| 27 - Ecografia Capo e collo | 40 | 53 | 62 |
| 29 - Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici | 40 | 65 | 74 |
| 34 - Colonscopia | 30 | 42 | 51 |
| 41 - Spirometria | 40 | 57 | 58 |

13/01/2017

1

2.5.3 Prestazioni di Secondo Accesso

Attualmente le agende di prenotazione a CUP sono costituite dal mix dei pazienti già in carico e dei pazienti di primo accesso. Questo perché spesso gli spazi agenda dei pazienti in follow up o per controlli hanno una estensione temporale non sufficientemente lunga.

Per loro natura i controlli per i follow up (o simili) hanno bisogno di tempi di prenotazione mediamente nell'ordine di qualche mese. Se le agende di prenotazione sono invece aperte per periodi di tempo più brevi o per un numero insufficiente di spazi visita, accade che le ricette dei controlli escano dal "percorso" in cui dovrebbero trovare la loro data di appuntamento ed entrano in competizione con gli spazi ambulatoriali delle prime visite e/o indagini diagnostiche.

E' necessario pertanto costruire agende specifiche per i follow up "semplici" nonché per le visite di controllo inserite nei PDTA che saranno codificati per le principali patologie croniche, preferibilmente annuali a scorrimento giornaliero per questo flusso di pazienti.

Tale sistema deve favorire inoltre l'effettiva possibilità di presa in carico da parte del medico, riducendo così almeno in parte quel fenomeno che concorre alla frammentazione dei percorsi di cura e assistenza per problemi già noti, legato al fatto che oggi un cittadino, seppur preso in carico, è destinato a effettuare i suoi controlli programmati non potendo avere una continuità di relazione col medesimo medico specialista.

Questo vuol dire che il medico che ha in carico il paziente (medico e pediatra di famiglia o specialista) direttamente, o attraverso un servizio dedicato, nel momento in cui decide di chiedere una prestazione a distanza di un determinato arco temporale ha a sua disposizione una agenda annuale di disponibilità, giorno per giorno o settimana per settimana, che aggiunge, ogni giorno, un giorno successivo di disponibilità alla fine dell'anno di prenotabilità. Pertanto i pazienti arruolati in programmi regolari di presa in cura avranno garantite le prestazioni previste dai loro PDTA attraverso la programmazione e la contestuale prenotazione dei diversi accessi di controllo.

2.5.4 Il Nuovo Cup Regionale

A completamento di quanto sopra esposto, si evidenzia che nel capitolato tecnico della gara del CUP unico è stato previsto al punto 4 una sezione dedicata al Governo del servizio (di seguito riprodotto in parte).

“L'intero processo di implementazione e manutenzione del servizio dovrà essere concordato e condiviso con lo specifico gruppo tecnico di governo regionale appositamente costituito che, al contempo, ricoprirà un ruolo di riferimento per le ASR rispetto all'applicazione di quanto previsto in precedenza.

Al gruppo tecnico regionale compete la stesura degli indirizzi operativi con cui verranno definiti i criteri di compilazione delle agende di prenotazione delle varie strutture, in modo da uniformare tra le varie ASR le tempistiche di erogazione delle prestazioni, l'applicazione dei PDTA stabiliti dalla Regione, l'utilizzo del recall, etc..

Il Gruppo Tecnico Regionale, nella fase di avvio del sistema nel suo complesso, dovrà monitorare le fasi operative e verificare la corretta collaborazione tra la ditta aggiudicataria e le singole ASR per garantire il rispetto dei tempi di consegna stabiliti dal presente capitolato.

Il gruppo tecnico regionale dovrà verificare in tempo reale la corretta erogazione del servizio e l'andamento delle prenotazioni tramite l'utilizzo di un apposito cruscotto di sistema in grado di monitorare l'offerta degli erogatori e le relative liste d'attesa che potrebbero venirsi a creare.

Allo stesso modo, il gruppo tecnico regionale dovrà verificare quotidianamente, anche attraverso la produzione di report specifici, l'apertura o la chiusura delle agende di prenotazione per le singole ASR: in caso di chiusura deve essere possibile compilare un campo note che espliciti le motivazioni alla base di tali decisioni.”

Il nucleo tecnico, in questa prima fase, dovrà porre l'attenzione sulle modalità di compilazione delle agende di prenotazione rendendo il più possibile omogenee le tempistiche di erogazione delle prestazioni, condividendone preparazioni ed avvertenze; la configurazione delle agende deve prevedere la suddivisione per priorità (come evidenziato ai punti a e b di cui sopra), l'eventuale integrazione con i PDTA stabiliti dalle Regione.

In definitiva, è necessario che si inizi a parlare un linguaggio comune tra le ASR, con agende e relative liste d'attesa sia del pubblico che del privato accreditato trasparenti: visto che il progetto CUP unico ha tra i suoi obiettivi quello della fruibilità della soluzione applicativa a tutti i cittadini, prevedendone un utilizzo in autonomia in fase di prenotazione, spostamento e disdetta degli appuntamenti la semplicità delle operazioni deve essere garantita.

Il nucleo tecnico sarà composto da figure professionali esperte in organizzazione aziendale, con particolare riferimento alla gestione dei CUP aziendali (territoriali e ospedalieri) e provenienti dalle diverse aree della Regione in modo che possano essere coinvolte tutte le realtà in questo passaggio cruciale per la riorganizzazione della rete di prenotazione regionale.

Il nucleo tecnico dovrà lavorare a stretto contatto con gli uffici regionali svolgendo un ruolo attivo di intermediazione tra la Regione e le ASR rispetto alla corretta applicazione delle disposizioni informatiche e clinico-organizzative (catalogo prestazioni, dematerializzata, PDTA...); il medesimo ruolo di intermediazione dovrà essere svolto nei confronti della società vincitrice della gara d'appalto e delle software house che gestiscono i sistemi delle ASR.

2.6 STRUMENTI DI GESTIONE

2.6.1 Le Risorse Umane

Le problematiche relative alla gestione delle liste d'attesa, che, ovviamente, non sono uniformi nella realtà piemontese ma che variano non solo a seconda della specializzazione, dell'area territoriale, dei professionisti coinvolti ma anche degli ambiti temporali di riferimento, rendono necessari interventi che incidano sulla possibilità delle Aziende sanitarie piemontesi di ridurle e di rendere, conseguentemente, migliore il servizio all'utenza.

Per quanto concerne la gestione delle risorse umane e l'impatto che la medesima può avere su tali criticità, si possono individuare strumenti e metodologie d'intervento diversi che incidono sia sul personale dipendente del SSR sia sul personale convenzionato, quali i medici della specialistica ambulatoriale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Innanzitutto è necessario che le Aziende Sanitarie si avvicinino alla programmazione delle assunzioni tenendo conto delle criticità relative a quelle specializzazioni che maggiormente generano liste d'attesa lunghe e dilatate nel tempo.

E', inoltre, inderogabile che le Aziende prevedano tra gli obiettivi aziendali - finalizzati alla retribuzione di risultato, ai sensi dell'art. 65, comma 6, del CCNL 5 dicembre 1996 (per il personale dirigente) e alla produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali di cui all'art. 38, comma 3 del CCNL 7 aprile 1999 (per il personale del Comparto) - l'inserimento di tutte le agende ambulatoriali a CUP, comprese quelle relative alla libera professione intramuraria, e la riduzione dei tempi di attesa, laddove si sono rilevate criticità.

Sempre con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa, le Aziende, d'intesa con le équipes dei servizi interessati, potranno concordare, ai sensi dell'art. 55, comma 1 lett. d) del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica e veterinaria e secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine (c.d. libera professione a favore della propria Azienda).

Non va, infine, tralasciata la possibilità di ricorrere, ai sensi e con le modalità degli art. 20, comma 1 e 21 del vigente ACN, al conferimento, rispettivamente, di incarichi a tempo determinato e di incarichi provvisori a specialisti ambulatoriali, fornendo così una adeguata offerta di specialistica ambulatoriale in grado di garantire l'adesione alle logiche del sistema, ricordando anche che, in sintonia con le previsioni dell'art. 39 del medesimo ACN, è possibile richiedere agli specialisti

ambulatoriali di eseguire prestazioni aggiuntive per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi dell'area specialistica.

2.6.1.1 Libera Professione Intramoenia

In premessa è utile ricordare brevemente, in rapporto alla libera professione intramoenia, quanto previsto dalla normativa nazionale in materia, anche per assicurare che il ricorso alla medesima sia conseguente alla libera scelta del cittadino utente e non alla carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

Nello specifico, occorre richiamare al rispetto di quanto previsto in materia dalla legge n. 120 del 03/08/2007 e s.m.i. (in particolare il d.l. n. 158/2012 convertito con modifiche nella legge n. 189/2012) nonché dalla normativa contrattuale, in particolare dall'art. 54 del CCNL 8 giugno 2000 della Dirigenza medica e veterinaria.

I principi essenziali che si evincono dalla normativa, contrattuale e non, in materia sono rappresentati:

- dall'obbligo dell'adozione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale (art. 1, comma 4, lett. a) legge n. 120/2007, così novellato dal d.l. 158/2012 convertito con modificazioni nella legge n. 189/2012)
- dall'obbligo di prevedere un monitoraggio aziendale dei tempi di attesa relativo alle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati, attivando anche meccanismi di riduzione dei medesimi (art. 1, comma 4, lett. d) legge n. 120/2007)
- dall'obbligo di adottare azioni sinergiche al progressivo allineamento dei tempi medi di erogazione delle prestazioni rese durante l'attività istituzionale rispetto ai tempi medi di quelle rese in libera professione intramoenia, in maniera tale da assicurare che il ricorso a questa discenda dalla libera scelta dell'utente e non sia, al contrario, prodotta da carenze organizzative dei servizi resi in attività istituzionale (art. 1, comma 4, lett. g) legge n. 120/2007)
- dall'obbligo per le Aziende sanitarie di predisporre un piano aziendale, riferito alle singole unità operative, concernente i volumi di attività istituzionale ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia (art. 1, comma 5 legge n. 120/2007)
- dall'obbligo aziendale di assicurare che l'esercizio dell'attività professionale intramuraria non sia in contrasto con le proprie finalità ed attività istituzionali e che lo svolgimento sia organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi. A tal fine, l'attività libero professionale intramuraria non può globalmente comportare, per ciascun dirigente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali (art. 54, comma 5 del CCNL 8 giugno 2000 della Dirigenza medica e veterinaria).

Qualora gli strumenti sopra richiamati non producano gli effetti previsti in tema di gestione delle liste di attesa, le Aziende potranno mettere in atto ogni azione di tipo organizzativo prevista dalla normativa vigente compresa la possibilità di sospendere l'attività libero professionale intramuraria nel caso in cui siano ravvisate specifiche responsabilità dei professionisti.

Per quanto concerne eventuali possibili interventi sulle liste d'attesa attraverso meccanismi legati alla libera professione intramoenia, si ricorda che l'art. 1, comma 4, lett. c) della legge n. 120/2007,

come novellato dal già richiamato d.l. n. 158/2012, convertito nella legge n. 189/2012, prevede che le Aziende ed enti del SSN trattengano sulle tariffe per le prestazioni in libera professione intramoenia, quale ulteriore quota oltre a quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, una somma pari al 5% del compenso del libero professionista, vincolandola ad interventi di prevenzione o volti alla riduzione delle liste di attesa.

2.6.2 Rinegoziazioni delle Tipologie e Quantità di Prestazioni Erogate dalle Strutture Private Convenzionate

La ricontrattazione delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate e con contratto con il SSR è un altro strumento utile al fine di meglio orientare la produzione verso la domanda insoddisfatta o con lunghe liste d'attesa. Tale ricontrattazione può riguardare sia le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale che le altre.

2.6.3 Altro

Le tecnologie

Può essere oggetto di valutazione ed eventuale soddisfacimento la proposta di acquisizione di tecnologia: a tale proposito devono essere fatte analisi costo / beneficio che considerino tutte le variabili in gioco (caratteristiche attrezzatura, risorse umane, ecc.) al fine di documentare che l'introduzione di nuove attrezzature può ridurre i tempi d'attesa senza favorire la crescita di prestazioni inappropriate.

Le Aree omogenee possono altresì concordare modalità di utilizzo condiviso di tecnologie e personale in ambiti critici di erogazione.

Telemedicina

Le possibilità che oggi, in alcuni ambiti disciplinari, offre la telemedicina (refertazione a distanza, ecc.) possono essere oggetto di progettualità specifiche aziendali e/o sovraaziendali volte alla semplificazione del percorso dei pazienti, al miglior utilizzo delle competenze specialistiche e alla riduzione delle liste d'attesa.