

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER

Delibera del Direttore Generale n. 471 del 31-07-2019

Proposta n. 863 del 2019

Oggetto: APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA ATTUATIVO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA IN ESECUZIONE DELLA DELIBERA GRT N. 604 DEL 5 MAGGIO 2019 “PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA 2019-2021”

Dirigente: LUCANIA MARIA CONCETTA

Struttura Dirigente: AFFARI GENERALI E SVILUPPO

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER
 (Art. 33 L.R.T. 24 febbraio 2005 n. 40)
 Viale Pieraccini, 24 - 50139 FIRENZE
 C.F. P.Iva 02175680483

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto	Recepimento atti
Contenuto	APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA ATTUATIVO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA IN ESECUZIONE DELLA DELIBERA GRT N. 604 DEL 5 MAGGIO 2019 “PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA 2019-2021”

Area Tecnico Amm.va	AREA TECNICO AMMINISTRATIVA
Coord. Area Tecnico Amm.va	BINI CARLA
Struttura	AFFARI GENERALI E SVILUPPO
Direttore della Struttura	LUCANIA MARIA CONCETTA
Responsabile del procedimento	LUCANIA MARIA CONCETTA
Immediatamente Esecutiva	SI

Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
A	22	Programma attuativo Gestione Liste di Attesa 2019-2021

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Alberto Zanobini

(D.P.G.R.T. n. 156 del 31 agosto 2015)

Visto il D. Lgs.vo 30/12/1992 n. 502 e sue successive modifiche ed integrazioni e la L. R. Toscana n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i. di disciplina del Servizio Sanitario Regionale;

Dato atto:

- che con deliberazione del Direttore Generale n. 133 del 29.12.2015 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'A.O.U. Meyer, ai sensi dell'art. 6 del Protocollo d'intesa del 22.04.2002 fra Regione Toscana e Università degli Studi di Firenze, Siena e Pisa, con decorrenza dal 1.1.2016;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 134 del 30.12.2015 si è provveduto a definire l'organigramma complessivo dell'A.O.U. Meyer e sono stati assunti i primi provvedimenti attuativi relativi al conferimento degli incarichi di direzione delle strutture Dipartimentali e/o a valenza dipartimentale, delle Aree Funzionali Omogenee, dell'Area Servizi dell'Ospedale, dell'Area delle Professioni Sanitarie e dell'Area Tecnico Amministrativa;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 30.12.2015 sono state assunte determinazioni attuative del nuovo Atto aziendale in merito alla conferma/riassetto delle strutture organizzative complesse e semplici;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 492 del 2.12.2016 si è provveduto ad approvare la sistematizzazione della organizzazione aziendale, dopo un primo percorso attuativo dello Statuto Aziendale;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 543 del 29.12.2016 sono state assunte determinazioni volte al conferimento degli incarichi delle Strutture Complesse dell'Area Tecnico Amministrativa, così come rimodulate a seguito delle azioni di attualizzazione dell'organizzazione aziendale;
- che con successiva deliberazione del Direttore Generale n. 173 del 05.04.2018 si è altresì provveduto ad ulteriori azioni di sistematizzazione dell'organizzazione aziendale ed all'integrazione dell'art. 63 dell'Atto Aziendale "Promozione della salute nella comunità";

Dato atto altresì che:

- con deliberazione del Direttore Generale n. 106 del 2.03.2017 avente ad oggetto "Sistematizzazione delle deleghe allo svolgimento delle funzioni vicarie del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo, del Coordinatore dell'Area Tecnico Amministrativa e dei Dirigenti Responsabili delle Strutture Organizzative dell'Area Tecnico Amministrativa" è stato disposto, tra l'altro, che le funzioni vicarie del Direttore Sanitario siano svolte dal Dr. Massimo Resti, Direttore del Dipartimento Specialistico Interdisciplinare;
- con nota prot. 6028 del 26.07.2019, a firma del Direttore Generale, le funzioni vicarie di Coordinatore dell'Area Tecnico Amministrativa sono state estese alla Dr.ssa Maria Concetta Lucania, Responsabile della SOC Affari Generali e Sviluppo, in coerenza con la deliberazione n. 447 del 17.07.2019;

Su proposta del Responsabile della S.O.C. Affari Generali e Sviluppo, Dr.ssa Maria Concetta Lucania la quale, con riferimento alla presente procedura, ne attesta la regolarità amministrativa e la legittimità dell'atto;

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 91 del 5 novembre 2014 ed ancora in vigore ai sensi dell'art. 4 della L.R. n. 80/2017, che individua l'abbattimento delle liste di attesa in sanità fra gli obiettivi prioritari;

Viste:

- la DGRT n. 1080/2016 “Indirizzi per la programmazione dell’offerta specialistica e per la gestione delle liste di attesa”;
- la DGRT n. 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 scientifici 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 la disponibilità degli asset e delle attrezzature condivise”;
- la DGRT n. 750/2018 avente ad oggetto “Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali”;
- la DGRT n. 914/2018 avente ad oggetto “Indirizzi alle aziende ed enti del SSR contenenti criteri per l’acquisizione di prestazioni libero professionali ambulatoriali del personale dirigente del SSR ai fini del governo delle liste d’attesa”;
- la DGRT n. 194/2019 avente ad oggetto “Istituzione dell’Osservatorio regionale per i tempi di attesa”;

Preso atto che in data 21 febbraio 2019 è stata siglata l’intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021, ai sensi dell’art. 1, comma 280 della L. 23.12.2005 n. 266 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006);

Preso atto altresì che con DGRT n. 604 del 6.05.2019 “Piano Regionale Governo Liste di attesa 2019 -2021” sono state assunte determinazioni volte all’approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, definendo i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera ed individuando elementi di tutela e di garanzia dell’equità di accesso alle prestazioni, attraverso l’applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, trasparenza ed accesso diffuso alle informazioni da parte di cittadini sui loro diritti e doveri;

Considerato che la sopra citata Deliberazione n. 604/2019 prevede che le Aziende Sanitarie adottino un nuovo Programma Attuativo Aziendale o l’aggiornamento di quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale, provvedendo all’invio dello stesso alla Regione che effettuerà un monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati;

Ritenuto pertanto di recepire il Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021(PRGLA) approvando il Programma Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa (PAGLA), così come riportato nell’Allegato “A” parte integrante e sostanziale della presente delibera contenente le regole per l’applicazione dei criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità, di trasparenza e di accesso alle informazioni da parte dei cittadini, con i seguenti obiettivi:

- Individuazione delle modalità organizzative per garantire i tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio nel PRGLA 2019 – 2021 con particolare riferimento a:
 - separazione dei canali di prenotazione e dei flussi di primo accesso e di presa in carico;
 - dimensionamento della domanda e della relativa offerta sia per i primi accessi sia per la presa in carico dei percorsi di cronicità e di follow-up;
 - ottimizzazione del grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili (umane, fisiche e tecnologiche);

- Promozione della corretta ed appropriata prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei professionisti AOUM (tipologia di accesso, classe di priorità, QD);
- Definizione delle azioni straordinarie e dei rispettivi piani di gestione da adottare al fine di continuare a garantire i tempi di attesa massimi in condizioni di criticità (percorsi di tutela);
- Monitoraggio costante dei flussi della specialistica ambulatoriale, al fine di individuarne l'andamento e mettere in atto eventuali azioni correttive nel più breve tempo possibile;
- Monitoraggio e informazione periodica ai cittadini sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;

Dato atto che dall'assunzione del presente provvedimento non derivano oneri per questa Azienda;

Rilevata la necessità di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile, al fine di rendere operative le disposizioni ivi indicate e provvedere tempestivamente all'invio del presente provvedimento alla Regione Toscana;

Considerato che il Responsabile del Procedimento, individuato ai sensi della Legge n. 241/1990 nella persona della Dr.ssa Maria Concetta Lucania sottoscrivendo l'atto attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo;

Acquisito il parere della Dr.ssa Maria Concetta Lucania che svolge funzioni vicarie del Coordinatore dell'Area Tecnico Amministrativa, espresso mediante sottoscrizione del presente atto;

Con la sottoscrizione del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del Decreto legislativo n. 229/99;

DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa che espressamente si richiama,

1) Di recepire il Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021(PRGLA) approvando il Programma Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa (PAGLA), così come riportato nell'Allegato "A" parte integrante e sostanziale della presente delibera contenente le regole per l'applicazione dei criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità, di trasparenza e di accesso alle informazioni da parte dei cittadini.

2) Di provvedere all'invio del nuovo Programma Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa alla Regione, in coerenza con le disposizioni di cui alla DGRT n. 604 del 6.05.2019.

2) Di dare atto che dall'assunzione del presente provvedimento non derivano oneri per questa Azienda.

5) Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005, per le motivazioni di cui in premessa.



6) Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R.T. n. 40/2005 contemporaneamente all'inoltro all'albo di pubblicità degli atti di questa A.O.U. Meyer.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Alberto Zanobini)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Francesca Bellini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. Tito Berti)



ALLEGATO A

PROGRAMMA ATTUATIVO GESTIONE LISTE DI ATTESA 2019 / 2021

Recepimento PRGLA 2019 / 2021

SOMMARIO

Definizioni e Abbreviazioni	2
Introduzione	4
Organizzazione dell'offerta e separazione dei canali di accesso	5
<i>Organizzazione dell'offerta</i>	5
<i>Separazione dei canali di accesso</i>	6
Gestione della domanda	8
<i>Quesito diagnostico:</i>	8
<i>Tipologia di accesso – Primo accesso e prestazione successiva al Primo accesso</i>	8
<i>Codici di Priorità</i>	9
<i>Ambiti di garanzia</i>	10
Tempi massimi di attesa per prestazioni ambulatoriali	11
Monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa	12
Percorsi di tutela	14
CUP Prenotazioni prestazioni ambulatoriali	15
Funzionamento dell'applicativo cup	15
Prenotazione del primo accesso	16
Prenotazione utenti Extra Area Vasta Centro	16
Prenotazione del secondo accesso ("Altra tipologia di accesso")	17
Presa in carico	17
Gestione del drop out	17
I PDTA	18
Trasparenza e comunicazione	18
Sistema delle responsabilita'	19
Governo dell'intramoenia	19
Monitoraggi	20
Osservatorio regionale sulle liste di attesa	20
Cronoprogramma azioni attuative PAGLA	21

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **Agenda di prenotazione:** strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni.
- **ALPI: Attività libero-professionale intramuraria** del Medico e della dirigenza sanitaria, individualmente o in équipe, esercitata fuori dell'orario di lavoro. Può essere su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o su richiesta dell'Azienda per la riduzione dei tempi di attesa con accesso e oneri analoghi al regime istituzionale SSN.
- **Ambito (territoriale) di garanzia:** estensione del territorio (zona distretto, Area Vasta) individuato dal piano regionale o definito dalle singole Aziende USL, specifico per ciascuna prestazione ambulatoriale, all'interno del quale è garantito al cittadino il diritto di fruire della prestazione nei tempi massimi previsti dalla classe di priorità assegnata dal prescrittore.
- **Centro di Eccellenza:** Il Centro di Eccellenza rappresenta uno strumento innovativo dotato di autonomia scientifica e gestionale, assimilabile a quella dipartimentale, all'interno del quale sono ampiamente sviluppate competenze capaci di offrire risposte assistenziali al piccolo paziente con riferimento a patologie e percorsi clinici ad elevata complessità assistenziale, in ordine ai quali l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Meyer ha costituito e consolidato standard di eccellenza.
- **Classe di priorità:** sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. Per le prestazioni ambulatoriali sono previste:
 - **U = urgente**, nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore
 - **B = breve**, entro 10 gg
 - **D = differibile**, entro 15-30 gg le visite ed entro 30-60 gg le prestazioni strumentali
 - **P = programmata**, entro 120 gg.
- **CUP (Centro unificato di Prenotazione):** sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, per la gestione dell'offerta ambulatoriale, strutturando in **agende elettroniche** di appuntamenti l'attività delle unità eroganti. Ogni operatore è profilato con determinati privilegi informatici che definiscono su quali agende può lavorare e che operazioni può effettuare (es: prenotazione, cancellazione, modifica, sola lettura etc).
- **CUP-Met:** CUP Metropolitano di Firenze. E' il principale sistema di prenotazione di prestazioni di primo accesso per la popolazione dell'AUSL Toscana Centro.
- **CUP AOUM o CUP MEY:** è il sistema di prenotazione utilizzato all'interno dell'AOU Meyer, che permette di gestire la presa in carico e confluisce in piccola parte in quello CUP-Met, rendendo così prenotabile la quota di prestazioni di primo accesso, essenzialmente visite e prestazioni strumentali.
- **Data di prescrizione:** è la data di compilazione della prescrizione SSN.
- **Data di prenotazione/contatto:** è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione (il paziente, il suo Medico curante) entra in contatto con il sistema di prenotazione, anche per inserimento nelle pre-liste.
- **Data di prima disponibilità:** è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto/richiesta tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di assistenza dell'assistito.
- **Data di appuntamento:** è la data assegnata all'atto della prenotazione, nella quale è previsto che avvenga la prestazione specialistica ambulatoriale prenotata o inizi l'erogazione di un pacchetto o ciclo di prestazioni.
- **Data di erogazione:** è la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino o inizia l'erogazione di un pacchetto o ciclo di prestazioni.

- **Day Service Ambulatoriale (DSA):** modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista al fine di rispondere al quesito clinico per casistica complessa in tempi rapidi e con il minor numero di accessi del paziente nella struttura sanitaria.
- **DEMA:** ricetta dematerializzata.
- **Drop-out:** mancata presentazione del cittadino nella data e all'orario previsti, senza preventiva disdetta.
- **Garanzia dei tempi massimi:** indica la situazione in cui l'utente accede al sistema di prenotazione con diritto a fruire della prestazione nell'ambito territoriale di garanzia e nei tempi massimi specifici per quella prestazione e per la classe di priorità assegnata dal prescrittore.
- **MMG:** Medico di Medicina Generale.
- **Modalità di rilevazione ex-ante:** consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione.
- **Modalità di rilevazione ex-post:** l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) la Struttura e la data di effettiva erogazione della prestazione.
- **NOS - Nuclei Operativi Strategici:** è lo strumento utilizzato dalla Direzione Aziendale per la gestione degli ambiti operativi o di supporto alle attività sanitarie, tecniche e amministrative, servendosi delle più appropriate risorse professionali allocate nelle articolazioni organizzative sopra declinate. Tali gruppi di operatori, espressione di competenze proprie di settori differenti, oltre all'abituale attività di lavoro, condividono con il coordinatore del NOS il raggiungimento dell'obiettivo strategico loro assegnato.
- **PAGLA:** Programma Attuativo Aziendale per la progettazione e realizzazione delle azioni previste dal Piano Nazionale e dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa.
- **PDTA:** Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.
- **PNGLA:** Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.
- **PLS:** Pediatra di Libera Scelta.
- **Presa in carico:** ai fini del presente Programma attuativo del PRGLA, per "presa in carico" si intende la gestione della prescrizione e prenotazione delle prestazioni conseguenti al primo accesso, disciplinate dalla Del. GRT 1038/2005 e dai successivi Atti regionali.
- **Prestazioni oggetto del monitoraggio sui tempi di attesa:** sono state selezionate negli anni dal Ministero della salute, con i successivi piani nazionali, e integrate in Toscana con ulteriori prestazioni. Comprendono l'elenco riportato in Tabella 1.
- **Prima visita e visita di controllo:** nella **Prima visita** (codici LEA: 89.7, 89.13, 95.02, 89.26) *"il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un'evoluzione imprevista della malattia"* (PRGLA 2019-2021). Nella **Visita di controllo** (codice LEA: 89.01): *"un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione della visita di controllo deve essere indicato nella prescrizione medica"* (PRGLA 2019-2021).
- **Primo accesso e presa in carico** – nel **primo accesso o primo contatto** il quesito diagnostico ipotizzato generalmente dal MMG/PLS necessita di certezza e tempestività delle prestazioni utili alla risposta. Nella prescrizione dematerializzata, nel campo tipo di accesso valorizzare con "**Primo accesso**". Sono tali: *"il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale; la visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetto a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico; nel caso di paziente cronico, la visita o*

l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico" (PRGLA 2019-2021). La **presa in carico o prestazione successiva al primo 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. Nella prescrizione dematerializzata, nel campo tipo di accesso valorizzare con "**Altra tipologia di accesso**". Sono tali "*la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista; la visita o prestazione di controllo (follow-up)*" (PRGLA 2019-2021).

- **QD - Quesito diagnostico**: è sempre obbligatorio nella prescrizione.
- **RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei**. Il Piano Nazionale e quello Regionale promuovono tale modello, che individua categorie di attesa omogenee in base al quesito diagnostico per prestazioni specialistiche ambulatoriali; i contenuti clinici sono definiti in base ad accordi fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti.
- **SGA**: Servizio Gestione Agende. E' la funzione aziendale che realizza la creazione e modifica delle agende di appuntamenti e attribuisce agli operatori i privilegi di accesso, visione e operatività in prenotazione e accettazione.
- **SOC**: Struttura Organizzativa Complessa
- **SOSA**: Struttura organizzativa Semplice Autonoma
- **SOS**: Struttura organizzativa Semplice.
- **Tempo di prenotazione/contatto**: tempo che intercorre tra il momento la data di prescrizione e la data di contatto/prenotazione.
- **Tempo di attesa (TAT)**: tempo che intercorre tra il momento della prenotazione e il momento dell'erogazione. Può essere calcolato con "modalità di rilevazione ex-ante" o "ex-post".
- **Tempo di attesa effettivo o assoluto**: tempo in giorni che intercorre tra la data di prenotazione e la data di appuntamento.
- **Tempo di attesa relativo**: tempo in giorni che intercorre tra la data di prenotazione e la data di prima disponibilità, anche non accettata.
- **Tempo massimo di attesa**: tempo massimo che può intercorrere tra la data della prenotazione e l'erogazione secondo gli standard del PRGLA.
- **Tipo di accesso**: indica se la prestazione richiesta si riferisce a **primo accesso** o a **presa in carico**.
- **Volumi erogati**: si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate, in un periodo specifico, in attività istituzionale e in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata.

INTRODUZIONE

I **Livelli essenziali di assistenza (LEA)** sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Il servizio sanitario nazionale ha il dovere di garantire sia l'equità di accesso alle prestazioni, che la qualità e l'efficacia clinica delle prestazioni LEA erogate. Questi aspetti sono assicurati, perseguendo una elevata appropriatezza prescrittiva, una corretta definizione della priorità clinica relativamente al bisogno del paziente e una tempestiva erogazione della prestazione richiesta. La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni e la tempestività della loro erogazione, passano attraverso la realizzazione di un **Programma Attuativo per il Governo delle Liste di Attesa (PAGLA)**, contenente le regole ed i punti chiave per l'applicazione dei criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità, di trasparenza e di accesso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri. Punti cardine del programma attuativo sono:

- separazione dei canali di prenotazione e dei flussi di primo accesso e di presa in carico;
- dimensionamento della domanda e della relativa offerta sia per i primi accessi sia per la presa in carico dei pazienti che hanno già effettuato il primo accesso;
- rispetto dei tempi di attesa in regime istituzionale;
- mantenimento della prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale;
- ottimizzazione del grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili (umane, fisiche e tecnologiche).

Una buona organizzazione dell'accesso ai percorsi di cura è pertanto elemento decisivo e caratterizzante la qualità di un sistema sanitario, perché garantisce equità rafforzando il valore delle cure, attraverso un appropriato utilizzo delle risorse ed una adeguata tempestività di intervento.

A questo scopo è fondamentale l'individuazione degli strumenti e delle modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema: a partire dalla fase di prescrizione fino a quella di erogazione, prevedendo e promuovendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il presente documento, in ottemperanza a quanto previsto dal PNGLA 2019 – 2021, in recepimento della DGRT 604/2019 (Piano regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021), esplicita i seguenti obiettivi:

- Individuazione delle modalità organizzative per governare il primo accesso e la presa in carico al fine di garantire i tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio nel PRGLA 2019 – 2021.
- Promozione della corretta ed appropriata prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei professionisti AOUM (**tipologia di accesso, classe di priorità, QD**).
- Definizione delle azioni straordinarie e dei rispettivi piani di gestione da adottare al fine di continuare a garantire i tempi di attesa massimi previsti in condizioni di criticità (**percorsi di tutela**).
- **Monitoraggio** costante dei flussi della specialistica ambulatoriale, al fine di individuarne l'andamento e mettere in atto eventuali azioni correttive nel più breve tempo possibile.
- Monitoraggio e **informazione** periodica ai cittadini sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio.
- Definizione di un **cronoprogramma** e di un **sistema di responsabilità** correlato alla messa in atto delle azioni previste dal presente Programma Attuativo Aziendale.

ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA E SEPARAZIONE DEI CANALI DI ACCESSO

ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

Come previsto dal PRGLA 2019-2021, il SSN deve essere in grado di garantire nei tempi necessari l'accesso alle prestazioni. Tale possibilità è fortemente legata alla capacità del sistema di definire il fabbisogno dei propri assistiti (dimensionamento e tipologia delle prestazioni), di differenziare i canali di accesso in misura tale da rispondere alle diverse espressioni della domanda, rimodulando all'occorrenza e tempestivamente l'offerta prevista.

Con l'ausilio del Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, dei Centri di Eccellenza, del Team di Gestione Operativa, dell'Area dei Servizi, della Direzione Sanitaria e di tutte le articolazioni organizzative (SOC, SOSA, SOS), l'AOUM provvederà a definire il piano delle prestazioni erogabili definendone sia l'elenco che i volumi, specifici per branca di attività, suddivisi tra prime visite, primi esami diagnostici e strumentali, presa in carico, controlli e follow up, in risposta ai fabbisogni previsti. Proprio per la identificazione di questi ultimi risulta indispensabile usufruire dei dati della prescrizione elettronica messi a disposizione delle singole Aziende da parte della Regione Toscana. Affinché i dati risultino attendibili è necessario che il tasso di prescrizione in

formato dematerializzato della specialistica ambulatoriale, riconducibile ai Medici AOUM sia pari almeno al 90% e in tale ottica sarà attuato un monitoraggio periodico. **La domanda generata dai medici prescrittori AOUM è da considerarsi presa in carico dei pazienti (secondo accesso).**

L'offerta di specialistica ambulatoriale AOUM è necessario che venga, in prima istanza, destinata alla corretta e snella gestione dei percorsi outpatients interni (pazienti presi in carico prescrittori AOUM, con secondo accesso), e alla risposta alla domanda di primo accesso per prestazioni di alta specializzazione non erogabili sul territorio (tipologia, età). Nel caso in cui l'offerta di prestazioni specialistiche sia maggiore della domanda di presa in carico (prescrizioni da parte degli specialisti AOUM) e delle prestazioni di alta specializzazione, questa verrà messa a disposizione per incrementare l'offerta di primo accesso, che deve essere prenotabile in agende dedicate e separate, a gestione di un unico CUP, in via di definizione in collaborazione con la AUSL TC.

Dimensionamento dell'offerta

La quota di **prestazioni di primo accesso**, congiunta alla quota messa a disposizione per i pazienti pediatrici dalla azienda territoriale, verrà dimensionata basandosi sulle prescrizioni di primo accesso dell'AV Centro/Zona.

Visto che la AOU Meyer eroga attività di alta specializzazione, in considerazione della propria mission, una quota dell'offerta ambulatoriale per i primi accessi verrà riservata alle seguenti tipologie di pazienti:

- Pazienti provenienti da altre aree regionali che non siano l'AV Centro. Il dimensionamento di questa quota di offerta verrà effettuato a partire dalla valutazione dei volumi erogati (quindi su base storica) a pazienti extra AV Centro.
- Pazienti rappresentanti gruppi di nicchia che per complessità clinica e/o complessità di trattamento, è auspicabile che siano trattati in centri di alta specializzazione. Il dimensionamento di questa quota verrà effettuato a partire dalle prescrizioni di primo accesso della AV Centro (o della Regione Toscana).

La quota di **prestazioni di presa in carico**, verrà dimensionata basandosi sulla quantificazione dei volumi prescritti dagli specialisti AOUM e sarà prenotabile solo attraverso i servizi di prenotazione interni.

SEPARAZIONE DEI CANALI DI ACCESSO

Al fine di governare domanda e offerta per i primi accessi e per le prese in carico, si rende necessario effettuare una separazione tra i primi accessi e gli accessi successivi, determinandone e dimensionandone i relativi fabbisogni, predisponendone gli spazi necessari per l'erogazione dell'adeguata offerta e gestendo la prenotazione attraverso canali distinti.

Una distinzione netta tra le agende di presa in carico e le agende di prenotazione dei primi accessi garantisce che le prenotazioni delle prese in carico non vadano ad occupare posti disponibili per i primi accessi, allungandone impropriamente i tempi di attesa ed inficiando il rispetto del PRGLA 2019 2021.

La corretta gestione della presa in carico prevede che le attività riferite a questa tipologia di pazienti sia programmata su agende specifiche a gestione interna e con apertura temporale di norma ad un anno a scorrimento giornaliero, ovvero con un lasso di tempo sufficiente a prenotare appuntamenti di controllo secondo la tempistica definita dal clinico. Il paziente al quale viene "programmata" la presa in carico non avrà più la necessità di trovare canali alternativi di prenotazione. Questo consente sia di ridurre il disagio per l'utente, sia di evitare l'alimentazione inappropriata della domanda di primo accesso.

Di seguito si riportano definizione e criteri di utilizzo per prestazioni di prima visita e visita di controllo:

Prima visita e visita di controllo sono prestazioni previste dai LEA Nazionali e dal Catalogo Regionale:

- PRGLA 2019 – 2021: nella **prima visita** “il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un’evoluzione imprevista della malattia”
- PRGLA 2019 – 2021: nella **visita di controllo** “un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione della visita di controllo deve essere indicato nella prescrizione medica”

Utilizzo:

- La Prima Visita:
 - ✓ È la modalità ordinaria attraverso la quale il paziente accede ad una struttura sanitaria per un nuovo problema clinico.
 - ✓ E **prescritta dal PLS o dal MMG** come primo accesso e prenotata attraverso il CUP unico su agende di primo accesso.
 - ✓ Può essere **prescritta dal Medico Specialista** che ha bisogno di una consulenza di branca diversa da quelle di afferenza e deve essere programmata sui circuiti di presa in carico (non quindi mediante il CUP unico ma utilizzando i servizi di prenotazione interni). Nella richiesta di prescrizione dematerializzata dovrà essere riportata la dicitura “prima visita” e “altra tipologia di accesso”.
- La Visita di Controllo:
 - ✓ È la modalità ordinaria attraverso la quale una Struttura gestisce la presa in carico.
 - ✓ E’ **prescritta dal Medico Specialista** per i controlli e il follow-up garantiti dalla Struttura di afferenza del clinico ed è prenotata direttamente dalla struttura **contestualmente** alla prescrizione attraverso agende di presa in carico.

La suddivisione dei flussi è propedeutica alla organizzazione dell’offerta. Pertanto il Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, i Centri di Eccellenza, l’Area dei Servizi, le articolazioni organizzative (SOC, SOSA, SOS), in collaborazione con il Team Gestione Operativa, il Responsabile SGA e la Direzione Sanitaria, valutati i carichi di lavoro e tramite riorganizzazione dell’offerta interna, sono chiamati a garantire:

- una quota di offerta gestita dal Servizio interno aperta con orizzonte temporale di almeno un anno a scorrimento giornaliero, per soddisfare le domande di prestazioni correlate alle prese in carico, ai controlli ed ai follow up;
- una quota di offerta da destinare ai primi accessi in modo da collaborare con l’azienda territoriale alla erogazione delle prestazioni previste nel PRLGA 2019 – 2021 nei tempi previsti, in particolare per le classi U, B e D;
- una quota di offerta da destinare ai primi accessi dei pazienti extra AV Centro;
- una quota di offerta da destinare ai primi accessi dei pazienti che rientrano (per età anagrafica e/o per quesito clinico) nelle patologie di alta specializzazione che devono essere drenate dall’AOUM.

La Direzione Sanitaria, il Team di Gestione Operativa GO, il Responsabile dello SGA costituiscono un Nucleo Operativo Strategico che controlla ed eventualmente riporta in equilibrio la domanda e l’offerta, tramite incontri periodici di confronto tra richiedente e erogante e tramite stesura di Contratti di Servizio*.

Infine, in base al monitoraggio mensile dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di analisi del PRGLA 2019- 2021, il NOS, ha il compito di evidenziare ambiti di particolare complessità dove poter intervenire tempestivamente, attraverso dettagliate azioni e percorsi di tutela richiamate e specificate nei paragrafi successivi del presente documento.

* Contratto di Servizio: con il Contratto di Servizio un soggetto, il committente, incarica un altro, il fornitore, della fornitura di un servizio. Il servizio può essere di qualsiasi genere, sia manuale che intellettuale, purché si tratti di una prestazione che si protrae nel tempo in modo continuativo o periodico. La realizzazione di un servizio può essere disciplinata con due tipi di contratto: l'appalto e la prestazione di servizio. La differenza sta nella tipologia di fornitore: se si tratta di una persona fisica, di un artigiano o di un professionista che svolge il servizio con lavoro prevalentemente proprio si avrà una prestazione di servizi (artt. 2222-2238 c.c.); in tutti gli altri casi (ad esempio, società) si avrà generalmente un appalto di servizi (art. 1677 c.c.). Con un contratto di servizio il fornitore si impegna, secondo le indicazioni ricevute dal committente, a svolgere il servizio organizzando i mezzi necessari e assumendosi il rischio economico della sua esecuzione. Il fornitore e il suo personale non devono essere soggetti ad alcun vincolo di subordinazione nei confronti del committente. Il fornitore determina quindi liberamente la gestione del tempo e le modalità di organizzazione del servizio.

GESTIONE DELLA DOMANDA

L'organizzazione dell'offerta, così come esplicitata nel precedente paragrafo, trova la sua completa realizzazione a partire dalla conoscenza della domanda. Conoscendo la domanda è infatti possibile predisporre tipologie e volumi di offerta proporzionali alla richiesta. La quantificazione della domanda viene condotta tramite analisi delle prescrizioni dematerializzate. E' quindi opportuno che queste siano l'unica modalità utilizzata per le prescrizioni e che contengano il set informativo necessario alla valutazione.

Il PRGLA 2019 – 2021 rimarca che l'utilizzo della ricetta dematerializzata, oltre ad essere un obbligo previsto a livello nazionale, è l'unico strumento in grado di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi in termini di completamento delle informazioni necessarie alla corretta definizione della domanda.

Nella prescrizione dematerializzata è d'obbligo indicare: il quesito diagnostico, la tipologia di accesso e la classe di priorità appropriata alla gravità del quadro clinico.

Nello specifico:

Quesito diagnostico:

Il Medico prescrittore, tramite il quesito diagnostico, deve descrivere al Medico erogatore il problema di salute che motiva la prestazione. Si rimarca la necessità di esplicitare le motivazioni cliniche in modo specifico, utilizzando termini che siano utili al medico erogatore.

Tipologia di accesso – Primo accesso e prestazione successiva al Primo accesso

Il primo accesso e la presa in carico sono due diverse modalità di presentazione del paziente ai servizi sanitari e conseguentemente devono essere gestiti con percorsi distinti. Dal 1° giugno 2019 l'inserimento di questa informazione nella ricetta dematerializzata, per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PNLGA 2019 – 2021, è obbligatorio, ma è altrettanto auspicabile l'inserimento di questa informazione anche per tutte le prestazioni non incluse nel PNLGA 2019 – 2021. Nel primo accesso o primo contatto il quesito diagnostico espresso di solito dal MMG / PLS riferisce il bisogno di una tempestività dell'erogazione delle prestazioni utili all'inquadramento clinico del paziente.

Il PRGLA definisce il **primo contatto** del cittadino con il SSN per un dato problema clinico

- La prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale;
- La visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetto a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico. Comunque l'AOUM dà indicazione ai suoi professionisti, che prescrivono una ulteriore prima visita, di branca diversa, al paziente visitato in

primo accesso, di prescrivere utilizzando come tipo di accesso “Altra tipologia di accesso” e di prenotare direttamente o indirettamente (tramite il servizio interno, ovvero tramite i circuiti di presa in carico) l’appuntamento nei tempi ritenuti congrui dal punto di vista clinico.

- Nel caso di paziente cronico, la visita o l’esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Di norma quindi il primo accesso è prescritto dal MMG/PLS.

Allo stesso modo il PRGLA definisce la **presa in carico** o prestazione successiva al primo accesso

- La visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, ovvero 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.
- La visita o prestazione di controllo (follow-up)

La presa in carico è solitamente prescritta dal Medico Specialista.

Le prestazioni successive al primo accesso, così come già previsto dalla DGRT 1038/2005, devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questo sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. La realizzazione, nello specifico, della “presa in carico” si completa con la responsabilità della struttura che ha “in carico il paziente” di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo secondo le tempistiche prestabilite dal protocollo di riferimento.

Per maggior chiarezza, nel presente PAGLA, attuativo del PRGLA, per “**presa in carico**” si intende la gestione della prescrizione e prenotazione delle prestazioni conseguenti al primo accesso, disciplinate dalla Del. GRT 1038/2005 e dai successivi Atti regionali. A titolo di esempio:

- a) nel caso di una prescrizione di esame diagnostico di approfondimento, lo Specialista ospedaliero prescriverà su ricetta dematerializzata del SSN e fornirà al paziente la risposta scritta, rimandando l’assistito al curante;
- b) nel caso di una prescrizione di visita specialistica, lo Specialista ospedaliero prescriverà su ricetta dematerializzata del SSN, ulteriori consulenze e/o accertamenti utili a definire il quadro clinico, fornirà al paziente la risposta scritta a conclusione dell’iter diagnostico, prescriverà le eventuali visite di controllo, anche a distanza di tempo riportando il numero di mesi di latenza previsti o restituirà il paziente a curante;
- c) a seguito di accesso al Pronto Soccorso, lo Specialista del PS prescrive su ricetta dematerializzata SSN, utilizzando la dicitura “prima visita” e “altra tipologia di accesso”, ulteriori accertamenti da erogare presso altre strutture ambulatoriali a completamento dell’accesso al PS, che si faranno carico dell’iter diagnostico terapeutico del paziente, segnalando nella comunicazione/referto al curante le prescrizioni effettuate ed eventuali ulteriori accertamenti.

Codici di Priorità

La classe di priorità è riferita all’insieme delle prestazioni della stessa ricetta ed è identificativa della gravità e dell’urgenza del quadro clinico del paziente. E’ obbligatorio inserire questa informazione in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale, di primo accesso, monitorate dal PRGLA, anche se è auspicabile che venga riportata su tutte le prescrizioni.

Le prestazioni invece in cui il tipo accesso è “altra tipologia di accesso” devono riportare il codice di priorità P, se si reputa debbano essere erogate entro i successivi 120 giorni, indicando “la tempistica di programmazione della prestazione di controllo” espressa in mesi a partire dalla prescrizione. Se la

prestazione di presa in carico è da erogarsi oltre i 120 giorni, le prescrizioni non devono riportare il codice P ma solo la tempistica di erogazione (es: tra 6 mesi, tra 12 mesi etc).

L'AOUM si impegna, attraverso la Direzione e il Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, i Centri di Eccellenza, le articolazioni organizzative (SOC, SOSA, SOS) a garantire che ai pazienti che necessitano di un controllo / follow up, a seguito di un primo accesso in Azienda, venga sempre effettuata la prescrizione e la prenotazione della prestazione di secondo accesso prima dell'uscita del paziente dal presidio ospedaliero.

In casi particolari possono essere concordati con i PLS alcuni RAO che consentano di dare tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche sulla base di esplicite indicazioni cliniche.

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 del paziente o influenza 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).

Ambiti di garanzia

Il Piano Regionale definisce i tempi massimi di attesa per ciascuna prestazione monitorata e prevede che i tempi massimi di erogazione siano assicurati all'interno di precisi ambiti territoriali di erogazione (Zona distretto, AG, ASL, Area Vasta), che costituiscono riferimento per la programmazione e la valutazione dei tempi di attesa nel rispetto degli standard SSR e sono esplicitati nell'ultima colonna della tabella 1, ("Ambiti di garanzia"). Infatti il PRGLA 2019 – 2021 riporta: "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 territoriali, ospedaliere e del privato convenzionato. L'ambito territoriale entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni è di norma la Zona Distretto; tuttavia per alcune prestazioni, in considerazione dell'offerta disponibile, ogni singola Azienda deve definire un ambito geografico di garanzia assumendo un bacino demografico di riferimento, per ciascuna disciplina, non superiore ai 400.000 abitanti. In tali ambiti i tempi massimi di attesa devono essere garantiti da ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento."

Per le prestazioni con codice di priorità U (Urgente) l'ambito di garanzia è assicurato per i pazienti pediatrici nell'AV Centro, attraverso un canale dedicato, che prevede un contatto diretto tra il MMG/PLS prescrittore e operatori del servizio specialistico, che provvedono a prenotare le prestazioni con codice U su slot riservati.

TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione. In questo caso si parla di **tempo di attesa ex post**, ovvero riferito all'effettivo tempo che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione.

Per poter meglio governare l'equilibrio domanda – offerta, è opportuno fare riferimento al **tempo di attesa ex ante**, effettuando una valutazione prospettica del tempo di attesa delineato all'utente al momento della prenotazione.

La valutazione regionale della garanzia dei tempi di attesa fa riferimento al tempo di attesa ex ante.

Il tempo di attesa si intende soddisfatto quando l'Azienda sanitaria garantisce, direttamente o attraverso l'Azienda Ospedaliera che insiste nel proprio territorio o la rete degli erogatori privati che compongono l'offerta, la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito, in almeno un punto di erogazione dell'ambito territoriale di garanzia. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali (salvo quelle in Branca K "Laboratorio"), alcune delle quali sono oggetto di monitoraggio (vedi Tabella 1).

In generale il tempo di attesa massimo è definito per le prestazioni di primo accesso in base al codice di priorità espresso al momento della prescrizione, come riportato nella tabella seguente:

U (Urgente)	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
B (Breve)	da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile)	entro 15/30 giorni per le visite o 30/60 giorni per gli accertamenti diagnostici. Per le prestazioni oggetto di monitoraggio, prescritte in classe D, i tempi massimi sono esplicitati nella penultima colonna della Tabella 1.
P (Programmata)	da eseguire entro 120 giorni
Non indicato	i sistemi di prenotazione dovranno proporre l'offerta prevista per la classe di priorità D, senza modificare le informazioni contenute nella ricetta

Per le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa deve essere garantito nell'ambito di riferimento:

- nel 95% dei casi per le classi di priorità D e P,
- nel 100% dei casi per le classi U e B.

Il **codice di priorità P** si riferisce ordinariamente ad una specifica area della domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale, che può essere così definita:

- Prestazioni di controllo o di follow-up nell'ambito di una presa in carico di paziente con patologia cronica o il cui percorso diagnostico-terapeutico preveda la rivalutazione clinica e/o strumentale in tempi definiti.
- Prestazioni diagnostico-strumentali anche di primo accesso, orientate al controllo dello stato di salute in un'ottica di cultura preventiva individuale, non organizzate in programmi di prevenzione, purché supportate da relative linee-guida.

Pertanto l'indicazione del codice di priorità P non è appropriato per le Visite di primo accesso, mentre per gli esami diagnostici è utilizzabile solo in riferimento alle casistiche elencate nei punti precedenti.

MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

Il PNGLA individua 64 tipi di prestazioni ambulatoriali, recepite dal PRGLA, per le quali è attivato uno specifico monitoraggio. Queste prestazioni sono raggruppate in visite, prestazioni di diagnostica per immagini e diagnostica strumentale. Il presente Programma Attuativo adotta le prestazioni previste nel PRGLA stabilendo, ove necessario, per alcune di esse l'ambito territoriale (insieme unitario delle risorse disponibili territoriali, ospedaliere e del privato convenzionato) entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni (Ambito di Garanzia, AG). In particolare le prestazioni oggetto di monitoraggio sono riportate negli elenchi seguenti:

Tabella 1:

VISITE SPECIALISTICHE

N.	Prestazione	Codice catalogo	Codice Nomenclature	Disciplina	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
1	Visita Cardiologica	1089	89.7	008	15	Zona
2	Visita Chirurgia Vascolare	1082	89.7	014	30	AV
3	Visita Endocrinologica	1064	89.7	019	30	AV
4	Visita Neurologica	1042	89.13	032	15	Zona
5	Visita Oculistica	1039	95.02	034	15	Zona
6	Visita Ortopedica	1035 - 2400	89.7	036	15	Zona
7	Visita Ginecologica	1056	89.26	037	15	Zona
8	Visita Otorinolaringoiatrica	1034	89.7	038	15	Zona
9	Visita Urologica	1001 - 2391	89.7	043	15	Zona
10	Visita Dermatologica	1080	89.7	052	15	Zona
11	Visita Fisiatrica	1062	89.7	056	30	AG
12	Visita Gastroenterologica	1060	89.7	058	30	AG
13	Visita Oncologica	1037	89.7	064	15	AG
14	Visita Pneumologica	1022	89.7	068	30	AG
15	Visita Chirurgia Generale	1085 - 2389	89.7	009	15	AG
16	Visita Reumatologica	1012	89.7	071	30	AV
17	Visita Allergologica	1102	89.7	001	30	AV

PRESTAZIONI STRUMENTALI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
18	Mammografia bilaterale	87.37.1	60	AG
19	Mammografia monolaterale	87.37.2	60	AG
20	TC del torace	87.41	60	AG
21	TC del torace senza e con MDC	87.41.1	60	AG
22	TC dell'addome superiore	88.01.1	60	AG
23	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	60	AG
24	TC dell'addome inferiore	88.01.3	60	AG
25	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	60	AG
26	TC dell'addome completo	88.01,5	60	AG
27	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	60	AG
28	TC del capo	87.03	60	AG
29	TC del capo senza e con MDC	87.03.1	60	AG
30	Tc del rachide e dello speco vertebrale	88.38.1	60	AG
31	Tc del rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC	88.38.2	60	AG
32	TC di bacino e atricolazioni sacroiliache	88.38.5	60	AG
33	RM dell'encefalo e del tronco encefalico	88.91.1	60	AG
34	RM dell'encefalo e del tronco encefalico in età evolutiva anni 0 - 10	88.91.A	60	AG
35	RM dell'encefalo e del tronco encefalico senza e con MDC	88.91.2	60	AG
36	RM dell'encefalo e del tronco encefalico senza e con MDC, o diffusione in età evolutiva anni 0 -10	88.91.B	60	AG
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	60	AG
38	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	60	AG
39	RM della colonna	88.93	60	AG
40	RM della colonna senza e con MDC	88.93.1	60	AG
41	RM muscoloscheletrica	88.94.1	60	AG
42	RM muscoloscheletrica senza e con MDC	88.94.2	60	AG
43	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	30	Zona
44	Eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	88.73.5	60	AG
45	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	30	AG
46	Ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	30	Zona
47	Ecografia della mammella bilaterale	88.73.1	30	AG
48	Ecografia della mammella monolaterale	88.73.2	30	AG
49	Ecografia ostetrica	88.78	30	Zona
50	Ecografia ginecologica	88.78.2	30	Zona
51	Eco (color) dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, fetoplacentare, arteriosa o venosa	88.77.2	60	AG

PRESTAZIONI STRUMENTALI DIAGNOSTICA STRUMENTALE

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
52	Colonscopia	45.23 - 45.23.1 - 45.23.2 - 45.23.3 - 45.42.1 -45.25.1 -45.42	30	AG
53	Sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	45.24 - 45.24.1	30	AG
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16	30	AG
55	Elettrocardiogramma	89.52	30	Zona
56	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	30	Zona
57	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	89.41 - 89.43	60	AG
58	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	60	AG
59	Esame audiometrico tonale	95.41.1	60	AG
60	Spirometria semplice	89.37.1	60	AG
61	spirometria globale	89.37.2	60	AG
62	Fotografia del fundus	95.11	30	Zona
63	Esame del fundus oculi	95.09.1	30	Zona
64	Elettromiografia semplice (EMG)	93.08.1	60	AG

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche - terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il **primo accesso**; sono escluse dai monitoraggi tutte le prestazioni di controllo e di screening proprie del percorso di presa in carico, etichettate sulla ricetta dematerializzata come **"Altro tipo di accesso"**.

PERCORSI DI TUTELA

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso, per ambiti di alta specializzazione, e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti, l'AOUM attiva "percorsi di tutela" tramite l'inserimento della stessa in una pre-lista, per una successiva evasione nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti. Il NOS deve procedere alla ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito del SSR nel più breve tempo possibile, attraverso strumenti di riutilizzo di potenziali posti liberi nelle agende di presa in carico o con altre modalità individuate ad hoc. Al termine dell'iter l'AOUM ricontatterà l'utente proponendo la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato in ricetta. Nel caso in cui il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, l'AOUM dovrà attivare percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche (in libera professione intramuraria, in attività aggiuntiva). In questo caso all'utente verrà richiesto solo il pagamento del ticket se dovuto.

La Direzione Sanitaria potrà richiedere l'avvio di progettualità incentivanti specifiche relative a determinati ambiti di produzione (sia per la parte ricovero che quella ambulatoriale) particolarmente complessi in termini

di tempi di attesa, da concordare con il supporto del Team di Gestione Operativa, attraverso la relativa procedura dell'Area Amministrazione del Personale.

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

L'AOUM collabora alla realizzazione dei percorsi di tutela, a supporto delle necessità dell'AUSL Toscana Centro, per le discipline ascrivibili alle prestazioni monitorate.

CUP PRENOTAZIONI PRESTAZIONI AMBULATORIALI

FUNZIONAMENTO DELL'APPLICATIVO CUP

In attesa dell'implementazione della piattaforma unica regionale CUP 2.0, il CUP aziendale dovrà comunque garantire i funzionamenti previsti dalla normativa regionale. Nello specifico:

- Possibilità di configurare agende di prenotazione di primo e secondo accesso, opportunamente distinte.
- Configurazione "sblocco": agende configurate come secondo accesso, se non sature, devono in automatico essere rese disponibili per il primo accesso con un anticipo di x giorni rispetto all'erogazione prevista (l'anticipo è da definire e rendere configurabile a seconda dell'ambito di afferenza, a cura della DS, SGA, Team di Gestione Operativa).
- Tutte le prenotazioni ambulatoriali di primo accesso devono essere effettuate in base alla priorità segnalata nella prescrizione.
- Tutte le agende dovranno essere caratterizzate da un unico Centro di Responsabilità (Struttura Organizzativa Aziendale) che esegue la prestazione o insieme di prestazioni raggruppabili, un unico luogo fisico in cui viene svolta la prestazione e da un unico e definito numero di prestazioni prenotabili.
- Le prestazioni prenotabili sono tutte quelle stabilite dal catalogo regionale (la durata della prestazione deve essere standard a livello aziendale e stabilita dal Direttore del Dipartimento Specialistico Interdisciplinare interessato, e dei Direttori dei Centri di Eccellenza in accordo con la Direzione Aziendale) e sono messe a disposizione unicamente per l'utenza esterna.
- Ogni agenda aperta deve essere configurabile per avere un orizzonte temporale di programmazione pari ad almeno 12 mesi a scorrimento giornaliero; tale orizzonte temporale risulta obbligatoriamente essere quello minimo per quanto riguarda le agende relative al secondo accesso.
- Gestione pre liste. Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle pre-liste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto, e quindi quella di inserimento in una eventuale pre-lista.

Deve inoltre essere possibile registrare le informazioni necessarie al monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa previsti nel PRGLA, nonché la distinzione in automatico delle prestazioni ambulatoriali previste nello stesso PRGLA, rispetto alle prestazioni non contemplate.

Si specifica che la **data di contatto** è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data di contatto è un concetto riferibile a qualunque canale di accesso al sistema di prenotazione (CUP, farmacie, prenotazione diretta da parte del medico prescrittore etc.). Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle pre-liste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto, e quindi quella di inserimento in una eventuale pre-

lista. Al momento della prenotazione verrà indicata la data di **prima disponibilità**, ossia la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto, tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di garanzia. Qualora il cittadino rifiuti la prima proposta esce dall'ambito di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata. Al fine di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, è necessario che i sistemi di prenotazione CUP registrino correttamente tale informazione, già prevista nei flussi informativi. Inoltre è fondamentale che nei sistemi di prenotazione siano tracciate le prenotazioni, ai fini di una successiva selezione della casistica, per le quali deve essere attuata la garanzia dei tempi massimi. Tale informazione indica infatti se ci troviamo di fronte ad un utente che accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti. La **data di prenotazione** è la data assegnata per effettuare la prestazione. Se l'utente accetta la prima disponibilità offerta, la data di prenotazione coincide con la data di prima disponibilità. Sia la data di prima disponibilità che quella di prenotazione sono fondamentali ai fini della rilevazione di tempi di risposta del sistema perché costituisce il tempo 0 da cui si comincia a misurare l'attesa. In tal senso è necessario che tale dato sia sempre rilevato correttamente negli applicativi di prenotazione e di erogazione e di conseguenza nei flussi informativi che a partire da essi vengono generati e trasmessi dalle Aziende sanitarie.

L'agenda di prenotazione è uno strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Se una prestazione non è disponibile in alcuna agenda dell'ambito di garanzia, così come definito in precedenza, l'attività di prenotazione si considera **sospesa**. Sospendere le attività di prenotazione è vietato dalla Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 282 (Finanziaria 2006). Il PRGLA impone che le Direzioni Aziendali vigilino sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione. In caso di violazione del divieto, la Regione, come da normativa vigente, applicherà le previste sanzioni amministrative. Le richieste di modifica delle agende, provenienti dai Responsabili SOC, sentito il parere del Direttore del Dipartimento Specialistico Interdisciplinare / Centri di Eccellenza, vengono inviate alla Direzione Sanitaria, tramite il Responsabile SGA e vengono autorizzate solo se coerenti con i criteri sopra definiti.

PRENOTAZIONE DEL PRIMO ACCESSO

Per il primo accesso di utenti in ambito territoriale di garanzia, i pazienti devono essere indirizzati al canale di prenotazione CUP unico. Per questo tipo di pazienti (Prima visita – primo accesso) è vietato utilizzare disponibilità riservate alla presa in carico, al fine di mantenere sempre separati i canali di prenotazione e rispettare il dimensionamento delle agende che è costruito in base alla stima delle relative domande. In generale la domanda esterna di prestazioni di primo accesso è costituita fondamentalmente dall'insieme delle prescrizioni di primo accesso generate principalmente dai MMG/PLS per i cittadini assistiti dalla AUSL Toscana Centro.

PRENOTAZIONE UTENTI EXTRA AREA VASTA CENTRO

La mission di AOUM prevede che l'attività specialistica sia accessibile anche a piccoli pazienti residenti al di fuori dell'ambito di garanzia (aree regionali esterne all'AV Centro o ad altre Regioni o Stati).

A questi cittadini, ai quali può non essere assicurato il rispetto dei tempi massimi di attesa, l'AOUM riserva comunque una quota di prestazioni di primo accesso, definita attraverso la valutazione dei volumi annualmente erogati a pazienti extra AV Centro. Per la prenotazione di tali pazienti il Servizio di afferenza

può utilizzare le agende di presa in carico o in casi particolari che si caratterizzano per grandi volumi di attività, agende specifiche di secondo livello e di norma precluse ai residenti in ambito di garanzia salvo sblocchi immediatamente precedenti la data di appuntamento e tesi a non lasciare quote di offerta inutilizzate.

Per accedere a questi slot è necessario avere una richiesta di prima visita – primo accesso e si può prenotare telefonando al numero dedicato 055 5662900 o telefonando al numero del Servizio interessato presente sul sito internet aziendale.

PRENOTAZIONE DEL SECONDO ACCESSO ("ALTRA TIPOLOGIA DI ACCESSO")

PRESA IN CARICO

Siamo in presenza di una prenotazione di un secondo accesso quando:

- Lo specialista AOUM richiede una prestazione di follow-up (la ricetta dematerializzata prevede la prescrizione di una visita di controllo)
- Lo specialista AOUM richiede un'altra visita specialistica o un esame diagnostico nell'ambito comunque della presa in carico (la ricetta dematerializzata prevede la prescrizione di una prima visita)
- Uno specialista di un altro Ospedale / presidio territoriale necessita di un consulto di secondo livello (la ricetta dematerializzata prevede la prescrizione di una prima visita)

In tutti e tre i casi il tipo di accesso da evidenziare nella richiesta dematerializzata dovrà essere **"altra tipologia di accesso"**.

La prescrizione dematerializzata da parte dello specialista AOUM, esprime l'effettiva presa in carico del paziente direttamente dal contesto specialistico (ambulatoriale o ricovero) che genera la prescrizione, che deve poter programmare agevolmente le successive prestazioni di approfondimento o di follow up. La prescrizione si completa con la responsabilità della struttura di provvedere alla prenotazione delle prestazioni ulteriori e/o della visita di controllo secondo le tempistiche cliniche di riferimento e indicate nella prescrizione. La prenotazione delle prestazioni successive al primo accesso e di controllo o follow-up è realizzata nel contesto organizzativo in cui opera il Medico prescrittore interno. Può essere realizzata materialmente dal Dirigente Medico o dal personale di assistenza o di supporto amministrativo del punto accettazione.

GESTIONE DEL DROP OUT

Per drop out si intende la mancata presentazione del cittadino presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta. I principali strumenti per contenere il drop out sono riferibili alle modalità di recall: quest'ultimo può essere sia manuale, ovvero assegnato ad operatori interni, sia automatico tramite l'utilizzo di strumenti automatici di promemoria e richiesta di conferma (SMS, messaggistica, email etc.). Nel presente PAGLA si confermano le disposizioni regionali previste per la mancata disdetta delle prestazioni, in particolare si conferma che l'utente che, dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale, non si presenti senza preannunciare la rinuncia o l'impossibilità di fruire della prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, è tenuto al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione (Malum: recupero del credito per

mancata presentazione). In generale, il Responsabile SGA si coordinerà con i Direttori SOC e SOSA per predisporre l'elenco di prestazioni, su cui attivare il recall/messaggistica, e il cronoprogramma di contatti con l'utenza prenotata (quanti giorni prima, per quante volte, con quali modalità di contatto). Contestualmente saranno definiti e formalizzati i meccanismi di riassegnazione degli slot disdettati: gestione delle maggiori priorità, anticipazione appuntamenti e chiamata dalla eventuale pre-lista, messa a disposizione per prime visite primo contatto, etc. E' inoltre vietato bloccare gli appuntamenti liberati grazie alle operazioni di recall che esitano in disdetta. Tali appuntamenti devono infatti rientrare nelle disponibilità generali del sistema di prenotazione ed essere fruibili in trasparenza con le modalità della ricerca del primo posto libero. Le modalità di recall sono condotte su una scala temporale sufficiente alla riprenotazione del posto liberato. Tuttavia la disdetta per decisione del paziente può avvenire anche in modo intempestivo. Ove la liberazione del posto abbia luogo troppo a ridosso della data/ora di appuntamento, il personale che documenta la disdetta informa il responsabile del Servizio di erogazione, di norma il Direttore SOC / SOSA e collabora con questi a realizzare ogni azione utile al ricollocamento affinché gli appuntamenti non vadano persi.

I PDTA

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate, snelle e senza ulteriori attese, per una specifica situazione patologica. Il raggiungimento dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nel PDTA, si esplica anche attraverso la modalità organizzativa del Day Service, così come previsto anche dalla DGRT 1045 del 2011.

Obiettivo ulteriore del PDTA è la definizione, per alcune tipologie di pazienti e/o patologie, di criteri temporali e clinici per la gestione del riaffidamento del paziente al territorio (specialisti territoriali e/o MMG/PLS). I pazienti che hanno concluso la fase di presa in carico nella struttura AOUM ma che necessitano di controlli in follow – up, o i pazienti cronici che possono essere monitorati e seguiti in sicurezza sul territorio, devono essere riaffidati al proprio pediatra di libera scelta e ai servizi territoriali. Il riaffidamento del paziente consente di liberare risorse per l'ingresso di nuovi casi che sono nella fase acuta della loro patologia o che presentano una patologia per la gestione della quale è necessaria una presa in carico di secondo livello. I PDTA riportano i criteri temporali e clinici, stabiliti e concordati tra gli specialisti AOUM e il territorio per il passaggio dalla fase gestita in Ospedale per acuti e quella gestita sul territorio. Quei percorsi che invece non trovano una valida alternativa sul territorio devono essere continuati in AOUM.

Allo stesso modo, i PDTA dovranno definire i criteri clinici di referring alle strutture AOUM dei casi transitati alla gestione territoriale.

TRASPARENZA E COMUNICAZIONE

Per una corretta comunicazione e informazione sulle liste di attesa, sul sito internet aziendale, nella sezione Trasparenza sono pubblicati mensilmente i tempi medi di attesa delle prestazioni monitorate dal PRGLA 2019 – 2021, calcolati come stabilito dall'Osservatorio regionale sulle liste di attesa. Sono inoltre riportate le modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, specificando dettagliatamente i concetti di primo accesso e di presa in carico, vengono descritti i codici di priorità e la tempistica di erogazione relativa. Nella pagina internet è presente anche un collegamento con il sito web della Regione Toscana con la pagina riportante gli esiti di verifica del rispetto dei tempi massimi previsti. In particolare la pagina web <http://www.regione.toscana.it/-/tempi-di-attesa-prestazioni-di-specialistica-ambulatoriale> riporta la

percentuale di prestazioni di primo accesso garantite entro i tempi massimi regionali, prenotate in regime istituzionale per i residenti dell'area vasta di riferimento, avendo come ulteriore dettaglio la specifica prestazione, la settimana di riferimento, l'Area Vasta e l'ambito geografico di interesse.

Il controllo del processo e la verifica della qualità e della tempestività nella messa a disposizione delle informazioni sul sito internet Aziendale è competenza della Direzione Sanitaria in collaborazione con il Responsabile Aziendale "Anticorruzione e Trasparenza".

SISTEMA DELLE RESPONSABILITA'

Il Direttore Generale assume la principale responsabilità verso Regione Toscana rispetto agli impegni per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa. Con il seguente programma attuativo, l'AOUM pone al centro della valutazione della Dirigenza Aziendale interessata (Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Direttori Centri di Eccellenza, Responsabili SOC, SOSA e SOS) la messa in atto delle azioni descritte nel presente Programma Attuativo. Se i sistemi di monitoraggio aziendale e regionale, che si concentrano su tutte le prestazioni citate nel PRGLA 2019-2021, dovessero evidenziare particolari aree di criticità, verranno concordati piani di rientro con i singoli Direttori di Dipartimento Specialistico Interdisciplinare/Centri di Eccellenza/SOC/SOSA/SOS nei canoni previsti dal presente Programma e gli stessi costituiranno oggetto di valutazione.

Il Direttore Sanitario partecipa al tavolo regionale di coordinamento istituito presso la Direzione "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", definisce con il Direttore Generale aziendale le modalità generali di attuazione delle linee strategiche, informa il Team di Gestione Operativa, il Responsabile SGA e il Direttore di Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, i Centri di Eccellenza con le conseguenti indicazioni e riceve da questi le informazioni di ritorno. Il suddetto gruppo mette in atto la programmazione delle azioni finalizzate alla realizzazione degli indirizzi della Direzione Aziendale.

Il Direttore di Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, i Direttori dei Centri di Eccellenza e i Responsabili SOC/SOSA/SOS concorrono alla realizzazione degli obiettivi aziendali promuovendo le corrette attività prescrittive con DEMA e l'efficiente gestione delle attività ambulatoriali, contribuendo alla predisposizione delle quote di offerta ambulatoriale separate per primo accesso e presa in carico. I Medici Specialisti partecipano alla realizzazione degli obiettivi aziendali effettuando l'appropriata prescrizione elettronica e avviando il percorso di prenotazione. Il Responsabile SGA garantisce ai cittadini la possibilità di contattare l'Azienda attraverso telefono, mail e altri canali comunicativi per la gestione della propria prenotazione o per ottenere informazioni, garantisce il percorso di prenotazione della presa in carico ed evidenzia al Medico eventuali problematiche di tempestività.

GOVERNO DELL'INTRAMOENIA

Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, deve essere assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m. e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Deve essere garantita adeguata modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale ed all'attività libero professionale (tale aspetto risulta fondamentale anche per la corretta alimentazione del flusso informativo SPA: la Regione Toscana nel PRGLA 2019-2021 intende integrare il flusso della specialistica ambulatoriale affinché possa accogliere, al pari del flusso SDO, le informazioni relative all'operatore che ha erogato la prestazione). Il PRGLA 2019-2021 sottolinea che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o

di superamento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, nonostante l'adozione dei percorsi di tutela sopra descritti, si attui il **blocco dell'attività libero professionale**, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate. Nel caso dunque le attività di monitoraggio evidenzino per una data specialità percentuali di risposta entro i tempi massimi inferiori agli obiettivi stabiliti dal presente programma aziendale, andrà attuata una strategia di progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali. Tale strategia deve essere attuata con riferimento ai volumi di produzione istituzionale e libero professionale dei singoli operatori così come già rilevati nel flusso SDO, con riferimento all'intera équipe e di prossima rilevazione anche nel flusso della specialistica ambulatoriale. A partire dai volumi dei singoli professionisti erogati sia in attività istituzionale che in attività libero professionale legati alla specialità con criticità di tempi di attesa, l'azienda col presente atto da mandato alle Strutture organizzative preposte di attivarsi per ridefinire le proporzioni fra attività istituzionale e libero professionale in ragione delle criticità di erogazione dell'attività istituzionale, fino al totale blocco dell'attività libero professionale da protrarre fino al risolversi della criticità individuata. Si ricorda, inoltre, che le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale competono anche all'Organismo paritetico regionale, previsto dall'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3 e sottoposto a valutazione nell'ambito dei lavori del Comitato LEA.

MONITORAGGI

Il rispetto di quanto previsto nel presente Piano costituisce Adempimento LEA. Ai fini della sua valutazione il Ministero della Salute ha previsto i seguenti monitoraggi, recepiti sia dal PRGLA che dal PAGLA:

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione e prenotazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- Monitoraggio dell'attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente;
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

Si rimanda al PRGLA per una informazione di dettaglio sui monitoraggi sopra riportati.

OSSERVATORIO REGIONALE SULLE LISTE DI ATTESA

Al fine di monitorare nelle diverse aziende sanitarie le azioni inerenti il contenimento dei tempi di attesa la Regione Toscana ha istituito con DGR 194/2019 l'Osservatorio regionale per i tempi di attesa, di cui fanno parte rappresentanti delle Aziende sanitarie, referenti regionali, ARS e rappresentanti delle associazioni dei cittadini. Compito dell'Osservatorio è quello di effettuare il monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare sull'andamento delle prestazioni definite dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa e sulle ulteriori prestazioni di interesse regionale, anche in relazione alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione (istituzionale e libera professione), con particolare riferimento allo stato di avanzamento delle

azioni di miglioramento dei tempi di attesa; monitorare le azioni messe in campo a livello aziendale per il contenimento dei tempi di attesa; assicurare una corretta informazione e comunicazione a tutela dell'equità e della trasparenza al fine di garantire ai cittadini la conoscenza delle liste d'attesa ed i criteri utilizzati per loro gestione.

CRONOPROGRAMMA AZIONI ATTUATIVE PAGLA

Azione	Entro il	Figure coinvolte
Raggiungimento 90% efficienza prescrittiva dematerializzata	31 dicembre 2019	Staff Direzione Sanitaria, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Direttori SOC/SOSA/SOS, Dirigenti Medici
Prescrizione con Quesito Diagnostico	31 dicembre 2019	Staff Direzione Sanitaria, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Direttori SOC/S Staff Direzione Sanitaria, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Direttori SOC/SOSA/SOS, Dirigenti Medici OSA/SOS, Dirigenti Medici
Prescrizione con corretto uso di tipo di accesso	31 dicembre 2019	Staff Direzione Sanitaria, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Direttori SOC/SOSA/SOS, Dirigenti Medici
Prescrizione con Codice di Priorità	31 dicembre 2019	Staff Direzione Sanitaria, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Direttori SOC/SOSA/SOS, Dirigenti Medici
Predisposizione analisi per supporto decisionale	31 agosto 2019	Team di Gestione Operativa, Controlli di Gestione
Programmazione delle agende di presa in carico	31 dicembre 2019	Team di Gestione Operativa, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Direttori SOC/SOSA/SOS, Responsabile SGA
Negoziante gestione domanda con USL TC	30 settembre 2019	Direttore Sanitario
Adeguamento agende presa in carico a scorrimento	31 dicembre 2019	Team di Gestione Operativa, Responsabile SGA, Sistemi informativi
Monitoraggio chiusura agende	Dal 30 settembre 2019	Responsabile SGA, Direttori SOC/SOSA/SOS, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare
Creazione Agende a CUP MET	Da definire in accordo con la USL TC	Team di Gestione Operativa, Responsabile SGA, Sistemi informativi

Agende di alta specializzazione	30 settembre 2019	Team di Gestione Operativa, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Direttori SOC/SOSA/SOS, Responsabile SGA
Agende pazienti extra Area Vasta	30 settembre 2019	Team di Gestione Operativa, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Direttori SOC/SOSA/SOS, Responsabile SGA
Contenimento del Drop out	30 settembre 2019	Team di Gestione Operativa, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Responsabile SGA
Riutilizzo appuntamenti liberi per disdetta	30 settembre 2019	Team di Gestione Operativa, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Responsabile SGA
Sistemi di tutela	30 settembre 2019	Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, team di Gestione Operativa, Direttore Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, Responsabile SGA